

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Tratamiento psicológico de un caso de adicción al trabajo

Autora: Cristina Aristimuño de las Heras

Tutora académica: Eva Garrosa

Modalidad: Estudio de caso clínico

Curso: 2016/2017

Resumen: En este trabajo se describe un estudio de caso en el que se lleva a cabo un tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual para abordar un caso de adicción al trabajo. Para recoger la información de la evaluación se recurrió a entrevistas, autorregistros, una historia biográfica y diversos instrumentos cuantitativos. A partir de la información obtenida se elaboró un análisis funcional que vertebró el establecimiento de los objetivos terapéuticos y el diseño de la intervención. En el tratamiento se emplearon diversas técnicas, algunas especialmente focalizadas en la reducción de la adicción al trabajo (como gestión eficaz del tiempo y planificación de metas y abordaje de valores vitales) y otras centradas en paliar las consecuencias que la patología adictiva estaba conllevando. El tratamiento, que se presenta sin finalizar, ha durado por el momento 15 sesiones. Para evaluar los progresos acontecidos a raíz de la intervención, se ha empleado un diseño A-B-B' (siendo B la evaluación realizada en este momento). Los cambios se valoraron en base a los datos descriptivos de las mediciones realizadas en las fases A y B, así como atendiendo a los progresos cualitativos observados durante el proceso terapéutico. Se concluye que el tratamiento está resultando efectivo para los diferentes objetivos terapéuticos. Se discuten los resultados, relacionándolos con la literatura al respecto, y se indican las limitaciones que a nuestro juicio posee este estudio. Por último, se señalan las conclusiones derivadas de este trabajo.

Palabras clave: adicción al trabajo, caso único, cognitivo-conductual, intervención.

Grado de participación en el TFM: La alumna ha participado en el diseño y aplicación de la evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento y en la evaluación y valoración de los resultados finales.

Índice de contenidos

1. Tratamiento Psicológico de un Caso de Adicción al Trabajo.....	01
1. 1. Contextualización.....	01
1. 2. Delimitación del concepto.....	01
1. 2. 1. <i>Dimensiones</i>	03
1. 2. 1. 1. Dimensión cognitivo-conductual.....	03
1. 2. 1. 2. Dimensión fisiológica.....	03
1. 2. 2. <i>Consecuencias</i>	04
1. 2. 2. 1. Consecuencias individuales.....	04
1. 2. 2. 2. Consecuencias sociales.....	04
1. 2. 2. 3. Consecuencias organizacionales.....	04
1. 2. 3. <i>Factores predisponentes y etiología</i>	05
1. 2. 3. 1. Relativos a la persona.....	05
1. 2. 3. 2. Relativos a su entorno más cercano.....	06
1. 2. 3. 3. Relativos a la organización.....	06
1. 3. Diferencias con otros conceptos afines.....	07
1. 4. Intervención.....	09
2. Descripción del caso.....	13
2. 1. Identificación de la usuaria y motivo de consulta.....	13
2. 2. Estrategias de evaluación empleadas.....	15
2. 3. Resultados obtenidos.....	15
2. 4. Formulación clínica del caso.....	19
2. 4. 1. <i>Área A. Conflictos laborales</i>	19
2. 4. 1. 1. Exigencias a los compañeros.....	19
2. 4. 1. 2. Gestión de conflictos.....	20
2. 4. 2. <i>Área B. Trabajo excesivo, autoexigencias y ansiedad</i>	21
2. 4. 2. 1. Exceso de trabajo y autoexigencia.....	22
2. 4. 2. 2. Generalización de las situaciones ansiógenas.....	22

2. 4. 3. <i>Área C. Bajo estado anímico</i>	23
2. 4. 3. 1. Culpabilidad.....	23
2. 4. 3. 2. Reducción de la frecuencia de desarrollo de actividades agradables.....	24
2. 5. Objetivos de tratamiento.....	24
3. Tratamiento	25
3. 1. Técnicas empleadas.....	25
3. 2. Factores relacionados con la terapeuta.....	27
3. 3. Aplicación del tratamiento.....	27
4. Diseño del estudio y resultados	34
4. 1. Resultados pre-post	35
4. 2. Resultados en función de los objetivos de tratamiento.....	39
5. Discusión	41
5. 1. Resultados y consecución de objetivos terapéuticos.....	42
5. 2. Generalización, continuación del caso y mantenimiento de los cambios logrados...	47
5. 3. Limitaciones de la evaluación, intervención y diseño del caso.....	48
5. 4. Conclusiones y reflexiones finales.....	50
6. Referencias bibliográficas	52

1. Tratamiento Psicológico de un Caso de Adicción al Trabajo

1. 1. Contextualización

En la sociedad moderna actual resulta innegable que el trabajo ocupa gran parte de nuestro tiempo (Instituto Nacional de Estadística, 2016). En este sentido, los beneficios que la actividad laboral nos ofrece van más allá de los factores meramente económicos, aportándonos elementos que afectan a nuestro bienestar psicológico, como la identidad personal y un sentido de utilidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998). De este modo, la satisfacción laboral se incluye como uno de los elementos definitorios de la salud personal (Houtman y Kompier, 2001; Ley 14/86; Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez, 2005).

Precisamente, por la influencia que tiene el entorno laboral sobre nuestra salud, éste también puede conllevar importantes riesgos. En este sentido, en el sistema económico actual se refuerzan una serie de valores como la responsabilidad, el sacrificio o la alta dedicación al trabajo, que llevados al extremo pueden desembocar en el desarrollo de diversas problemáticas de índole física, psicológica e incluso social (del Líbano y Llorens, 2012).

En este contexto, en las últimas décadas ha tomado protagonismo el concepto de **adicción al trabajo**. Paradójicamente, al ser una problemática sustentada por valores reforzados socialmente, diversos autores le han asignado una connotación positiva al constructo. Así, aluden a la existencia de efectos positivos tanto para el individuo como para la organización (p.ej. satisfacción personal, disfrute de las actividades realizadas y aumento de la productividad empresarial) (Machlowitz, 1980; Peirperl y Jones, 2001). Sin embargo, actualmente predominan aquellos autores que le conceden una valencia negativa (Salanova, del Líbano y Llorens, 2013) por las importantes consecuencias que puede acarrear en la persona que la sufre, en su entorno directo y en la organización. Por esta razón, cada vez existe mayor conciencia sobre la importancia de la prevención de esta patología, así como sobre la intervención cuando ya haya aparecido.

1. 2. Delimitación del concepto

La primera vez que se publicó un escrito formal sobre la adicción al trabajo fue de manos del psicólogo Wayne E. Oates, en 1971, para referirse a su propia experiencia personal. La definía como *“una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente que afecta a la salud, a la felicidad y a las relaciones de la persona”* (Oates, 1971, p. 11). Acuñó el término *“workaholism”* (palabra compuesta por *work* –trabajo– y *alcoholism* –alcoholismo–)

para referirse a este fenómeno, enfatizando así la existencia de similitudes entre ambas patologías adictivas. Entre dichas similitudes Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998) destacan la **pérdida de control**, la **dependencia** a la actividad y la **persistencia** en la misma a pesar de las consecuencias negativas que acontecen.

Desde el surgimiento del concepto, son muchos los autores que se han interesado por el mismo. En la Tabla 1 presentamos algunas de las definiciones que más peso han tenido, remarcando los aspectos novedosos que han aportado cada una de ellas.

Tabla 1. Definiciones de adicción al trabajo y sus aportaciones.

Autor/es	Año	Definición
Machlowitz	1980	<i>“Siempre dedica más tiempo y pensamientos a su trabajo de lo que la situación requiere. Lo que los mantiene separados del resto de trabajadores es su actitud hacia el trabajo, no el número de horas que trabajan”</i> (p. 1).
Scott, Moore y Miceli	1997	<i>“a) Dedicar gran parte de su tiempo a actividades laborales cuando tienen la oportunidad de hacerlo, lo que resulta en dejar de hacer importantes actividades sociales, familiares o de ocio; b) persistente y frecuentemente piensan sobre trabajo cuando no están trabajando, y c) trabajan más allá de lo que es razonable esperar en base a los requerimientos de su trabajo o de sus necesidades económicas”</i> (p. 292)
Schaufeli, Taris y Bakker	2006	<i>“Los adictos son personas que trabajan por encima de lo que las prescripciones de su trabajo requieren y que se esfuerzan más de lo que es esperado por la gente con quien o para quien trabajan, lo que supone que descuiden otras áreas de su vida fuera de su trabajo. Trabajan tanto debido a una compulsión interna, necesidad o impulso, y no a causa de factores externos”</i> (p. 196).

A pesar del interés que ha suscitado la temática, actualmente existe un bajo consenso en la definición del concepto de adicción al trabajo (Castañeda y García de Alba, 2011; Moreno, Gálvez, Garrosa y Rodríguez, 2005). No obstante, de la mayor parte de las definiciones podemos extraer varios elementos básicos que se repiten y que constituyen los pilares principales para su definición (Salanova et al., 2013). En primer lugar, se hace referencia al **exceso de tiempo** dedicado al trabajo. En segundo, se destaca que la **exigencia** de trabajar con tanta intensidad es **autoimpuesta** por la propia persona y no por factores externos. Por último, varios autores (Castañeda y García del Alba, 2011; Robinson, 1997; Scott et al., 1997) han señalado el **deterioro de otras áreas vitales** de la persona como otro aspecto clave de la patología.

1. 2. 1. Dimensiones. Además de los aspectos nucleares ya citados, existen otros que también están presentes en la adicción al trabajo. A partir de la revisión bibliográfica y realizando una integración de las aportaciones de diversos autores, proponemos un esquema que reúne los componentes principales del constructo. Estos se dividen en cognitivo-conductuales¹ y fisiológicos.

1. 2. 1. 1. Dimensión cognitivo-conductual. Uno de los principales síntomas en la adicción al trabajo es la obsesión o **necesidad de trabajar** (Salanova, del Líbano, Llorens, Schaufeli y Fidalgo, 2008; Spence y Robbins, 2012). Esta obsesión dará lugar a **conductas de trabajo compulsivas** cuya función es reducir el malestar ocasionado por dicha obsesión (Castañeda, 2010). Asimismo, aparece **culpabilidad** si no se realizan tareas vinculadas al ámbito laboral (Castañeda, 2010; Ng et al., 2007).

Dado el carácter recurrente de los pensamientos relativos al trabajo, la persona realiza una cantidad de **trabajo excesivo** (Schaufeli et al., 2006; Salanova et al., 2013). Buena parte de éste nace de la **realización de tareas que corresponden a otros trabajadores**, algo que aumenta la prevalencia de relaciones distantes y **conflictos con** sus compañeros (del Líbano y Llorens, 2012; Machlowich, 1980). Esta realización de tareas ajenas es fundamentada por su **necesidad de controlar** las actividades que se desarrollan (Castañeda y García del Alba, 2011; Killinger, 1993) y por su **dificultad para delegar** (Moreno et al., 2005).

Este exceso de carga laboral también acontece fuera del horario de trabajo ("**trabajo extra**") sin que se den exigencias externas (Castañeda y García del Alba, 2011). Por este motivo, en el ámbito extralaboral se acentúa la **falta de actividades desvinculadas del contexto de trabajo** (Scott et al., 1997).

Por último, al igual que ocurre en otras adicciones (Valverde y Pochet, 2003), la **negación del problema**² aparece de forma significativa (Killinger, 1993).

1. 2. 1. 2. Dimensión fisiológica. Fisiológicamente, lo más habitual es que la persona perciba altos niveles de **ansiedad** en caso de no estar haciendo tareas relacionadas con su ocupación laboral, tanto dentro como fuera del horario de trabajo (Ng et al., 2007). Estos niveles de ansiedad podrían aumentar por las altas demandas que se autoimponen, tanto en lo respectivo a la cantidad de trabajo como a la velocidad de su ejecución.

¹ Decidimos fusionar las dimensiones cognitiva y conductual por la estrecha relación existente entre ambas.

² La negación puede conceptualizarse igualmente como causa y/o consecuencia.

1. 2. 2. Consecuencias. A corto plazo, las conductas y cogniciones del individuo adicto resultan reforzadas ya que logra ser productivo, lo que deriva en elevados niveles de satisfacción y de bienestar, reforzándose su autoestima. Asimismo, por la consideración social positiva de estas actuaciones (Castañeda, 2010; Moreno et al., 2005), la persona recibe reconocimientos de su entorno, lo que también refuerza las conductas realizadas.

Sin embargo, a medio y largo plazo la adicción al trabajo acarrea importantes consecuencias de índole negativa. Éstas afectan al individuo, a su entorno más cercano y a la organización en la que está inserto. A continuación, destacamos las consecuencias más habituales a medio y largo plazo.

1. 2. 2. 1. Consecuencias individuales. En las personas adictas se encuentran altos niveles de ansiedad y estrés que, mantenidos en el tiempo, pueden dar lugar a diversas patologías cardíacas (Klaft y Kleiner, 1988). También presentan numerosos síntomas psicosomáticos (Burke, 2000) así como problemas de sueño (Garrido, 2014), concentración y memoria (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; Robinson, 1996) y fatiga (Sonntag, 2003) y mayores quejas sobre la salud mental (Shields, 1999). Por ende, sus niveles de bienestar físico y psicológico suelen ser reducidos (Burke, 2000).

Por otro lado, presentan baja satisfacción extralaboral (Bonebright, Clay y Ankenmann, 2000), en parte por el aislamiento social en el que están sumidos.

1. 2. 2. 2. Consecuencias sociales. Por la desatención a los entornos extralaborales, habitualmente tienen lugar conflictos con sus relaciones más cercanas (Klaft y Kleiner, 1988). Además, la presencia de su adicción puede favorecer el surgimiento de adicciones en otros familiares, así como otras problemáticas de salud mental (Robinson, 1998).

1. 2. 2. 3. Consecuencias organizacionales. La presión ejercida por la persona con adicción para que sus compañeros trabajen a su ritmo fomenta que éstos se sientan estresados y minusvalorados (del Líbano y Llorens, 2012), lo que conlleva una reducción de su rendimiento laboral a medio y largo plazo (Porter, 2001). Asimismo, la alta prevalencia de conflictos interpersonales favorece la creación de climas de trabajo tensos.

Además, también disminuye su propio rendimiento (Porter, 1996), ya sea por la sobrecarga laboral autoimpuesta, por las dificultades para trabajar de forma cooperativa, por las conductas de comprobación del trabajo del resto o porque su perfeccionismo enlentece la obtención de resultados.

Hasta aquí hemos tratado de explicar en qué consiste el concepto de adicción y las consecuencias que ésta puede tener. No obstante, resulta esencial atender a las causas de la problemática para orientar la intervención.

1. 2. 3. Factores predisponentes y etiología. Se han propuesto diversos modelos para explicar la etiología de esta patología. En la Tabla 2 resumimos los que han gozado de mayor aceptación y aval científico.

Tabla 2. Principales modelos teóricos sobre la adicción al trabajo.

Modelo	Autores	Año	Breve descripción
Modelo de afecto-cognición-conducta	Ng, Sorensen y Feldman	2007	Divide los antecedentes en disposiciones del individuo, experiencias socioculturales (aprendizaje vicario, autoeficacia en el trabajo, etc.) y refuerzos conductuales (recompensas y rasgos y valores relacionados con el éxito). Es la interacción entre dichos antecedentes la que daría lugar a la adicción.
Modelo del conflicto de rol	Schaufeli, Bakker, Van der Heijden y Prins	2009	Este modelo considera el papel mediador que posee el conflicto de rol (esto es, la percepción de demandas contradictorias entre ellas) así como la ambigüedad de rol (es decir, el desconocimiento de las labores que uno debe desempeñar) en el desarrollo de la adicción al trabajo.
Teoría de la personalidad y los incentivos	Liang y Chu	2000	Se desarrolla a partir del modelo de Ng et al. (2007). Propone que la adicción aparece por la interacción de tres factores: determinados rasgos de personalidad, incentivos personales (valores y aprendizaje vicario) e incentivos organizacionales (priorización del trabajo sobre la familia, competitividad y aprendizaje vicario).

Ninguno de los modelos existentes ha conseguido explicar la totalidad del proceso adictivo como para establecerse como marco teórico único (Andreassen, 2014; del Líbano y Llorens, 2012;). Por este motivo, consideramos conveniente elaborar una integración de las aportaciones principales de los diferentes modelos. Sin ánimo de ser exhaustivos, nos disponemos a destacar los factores antecedentes que se han considerado más significativos. Se clasificarán en relativos a la persona, a su entorno cercano y a la organización, si bien asumimos la existencia de interacción entre ellos (Ng et al., 2007; Liang y Chu, 2009).

1. 2. 3. 1. Relativos a la persona (disposicionales). La adicción al trabajo se ha relacionado con determinados rasgos de personalidad, concretamente con los englobados en el **patrón de conducta tipo A**. Dicho patrón define a personas competitivas e impacientes, que se

presentan hostiles y que se sobreimplican en el trabajo (del Líbano y Llorens, 2012). Asimismo, se ha comprobado que existe relación con rasgos como la obsesividad-compulsividad, el perfeccionismo, la responsabilidad y la orientación al éxito (Liang y Chu, 2009).

También se ha demostrado la existencia de relación con los **valores** que tiene la persona. Concretamente, la centralidad que ésta otorga al trabajo en su escala de valores es determinante en el desarrollo de la patología. En este sentido, el hecho de atribuir baja centralidad a otros ámbitos de su vida aumenta la probabilidad de la adicción al trabajo (Sanz-Vergel, Demerouti y Gálvez, 2013).

Además, las personas con adicción al trabajo tienden a presentar bajos niveles de **autoestima** (Burke, 2004). Asimismo, diversos estudios indican que altos niveles de **autoeficacia** en el trabajo desencadenan con mayor probabilidad esta patología (Ng et al., 2007).

Por último, se ha señalado la **insatisfacción con algún ámbito** o faceta de su vida como una de las causas que podría llevar a la persona a focalizarse en el trabajo con el fin de obtener resultados positivos y aumentar su autoestima (Colapietro y Salomone, 1994).

1. 2. 3. 2. Relativos a su entorno más cercano (ambientales). Entre los factores del entorno más influyentes a la hora de favorecer procesos adictivos, se destaca la familia de origen. En este caso, si en la familia existe una persona con adicción (no necesariamente al trabajo) se considera que su patrón de conductas y de pensamientos puede ser adquirido mediante **aprendizaje vicario** por la persona. Asimismo, entendiendo la adicción como una conducta aprendida, se considera que las **expectativas** que se tienen sobre la persona que finalmente desarrolla la adicción, así como los **refuerzos y castigos** que se emiten (los primeros siempre relacionados con el éxito, los segundos en relación con cualquier error) son disfuncionales y favorecen el desarrollo de la adicción (Ng et al., 2007).

1. 2. 3. 3. Relativos a la organización. Con respecto a la cultura organizacional y a los comportamientos que se dan en la misma, los factores que más se han destacado son el **refuerzo de conductas adictivas**, señalando como modelos a seguir a empleados que las llevan a cabo y favoreciendo un **aprendizaje vicario** por parte del resto de trabajadores (del Líbano y Llorens, 2012).

La orientación de la empresa hacia la **productividad** y no hacia los empleados también resulta esencial en el desarrollo de la adicción (Moreno et al., 2005).

Además, en lo últimos años está empezando a tomar protagonismo la **presencia de las TIC** en el campo de la adicción laboral. La razón es la facilidad que tienen éstas en fomentar que los trabajadores puedan, e incluso deban, estar continuamente disponibles (del Líbano y Llorens, 2012).

Por último, la existencia de **demandas de tipo “retador”** como la sobrecarga, la presión temporal y las fechas límite pueden motivar el proceso adictivo (Lepine, Podsakoff y Lepine, 2005), ya que son personas que, como ya hemos indicado, presentan tendencias competitivas e impacientes.

En la Figura 1 presentamos un resumen de los factores predisponentes, dimensiones y consecuencias de la adicción al trabajo.

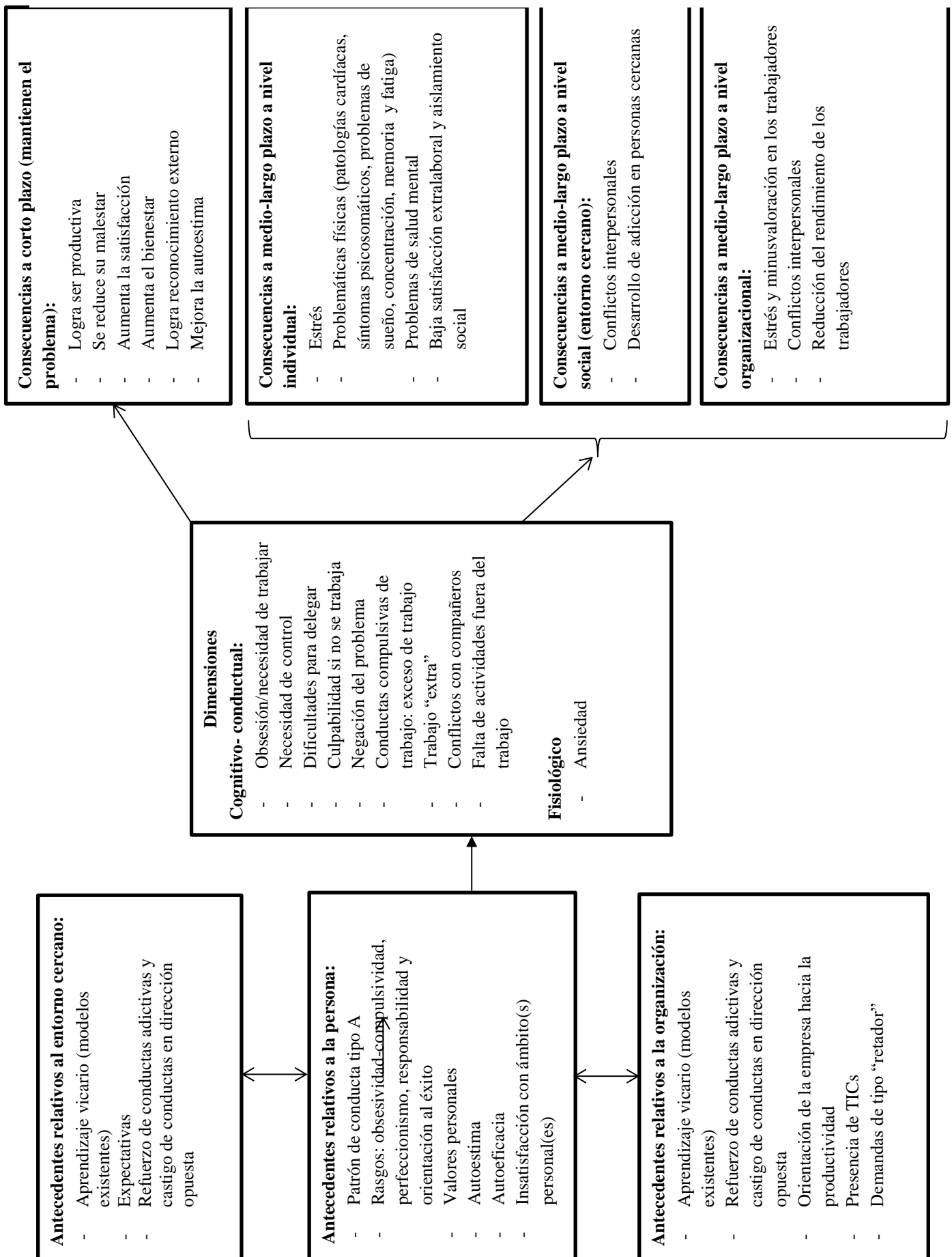
1. 3. Diferencias con otros conceptos afines

Al no existir una definición unánime de la adicción al trabajo, es habitual que ésta se confunda con otros fenómenos con los que guarda similitud. Por este motivo consideramos necesario especificar las diferencias principales que existen entre la adicción y otros conceptos semejantes. Concretamente, nos centraremos en el *engagement* y el *burnout* al ser éstos los conceptos con los que habitualmente más se compara o confunde la adicción al trabajo (Castañeda, 2010; Schaufeli, Taris y Van Rhenen, 2008).

El *engagement* ha sido definido como “un estado mental positivo que se caracteriza por vigor, dedicación y absorción” (Schaufeli y Bakker, 2010). Según estos autores, las personas con *engagement* perciben su trabajo como un reto y no como algo estresante, presentan altos niveles de energía (vigor), se encuentran implicadas laboralmente apareciendo sentimientos como la inspiración, el orgullo y el placer (dedicación) y, por último, son capaces de concentrarse plenamente en sus tareas llegando a percibir que el tiempo pasa más rápido de lo que lo hace (absorción).

A nivel conceptual, la principal diferencia entre este constructo y la adicción al trabajo consiste en que los empleados con *engagement* disfrutan de las actividades laborales que realizan, dándose una motivación intrínseca por las mismas. Sin embargo, en la adicción al

Figura 1. Antecedentes, dimensiones y consecuencias de la adicción al trabajo.



trabajo la satisfacción no surge al hacer la tarea sino de las consecuencias o efectos de realizarla (halagos, logros, éxito, etc.) (Ng et al., 2007). Otra diferencia esencial entre ambos conceptos es que las personas con *engagement* son capaces de desconectar del trabajo y disfrutar de otras actividades de carácter ocioso, ya que no presentan la necesidad de trabajar de manera continua como ocurre en la adicción (Rodríguez- Muñoz y Bakker, 2013).

El *burnout*, que en ocasiones se ha conceptualizado como la antítesis del *engagement*, se entiende como un síndrome tridimensional que sufre el empleado y que consiste en que éste percibe agotamiento emocional, baja realización personal y sentimientos de despersonalización (Maslach y Jackson, 1981). En resumen, aparecen bajos estados de energía y un alto deterioro afectivo (agotamiento emocional), desencanto profesional (baja realización personal) y actitudes y/o conductas negativas hacia los usuarios del servicio y hacia la propia organización (despersonalización) (Gil- Monte, 2005).

Comparando ambos conceptos, vemos que mientras en el burnout predominan sentimientos de abatimiento, falta de energía y bajo compromiso organizacional, la adicción al trabajo se caracteriza por niveles altos de activación y exigencia, así como una gran implicación con la empresa (Castañeda, 2010).

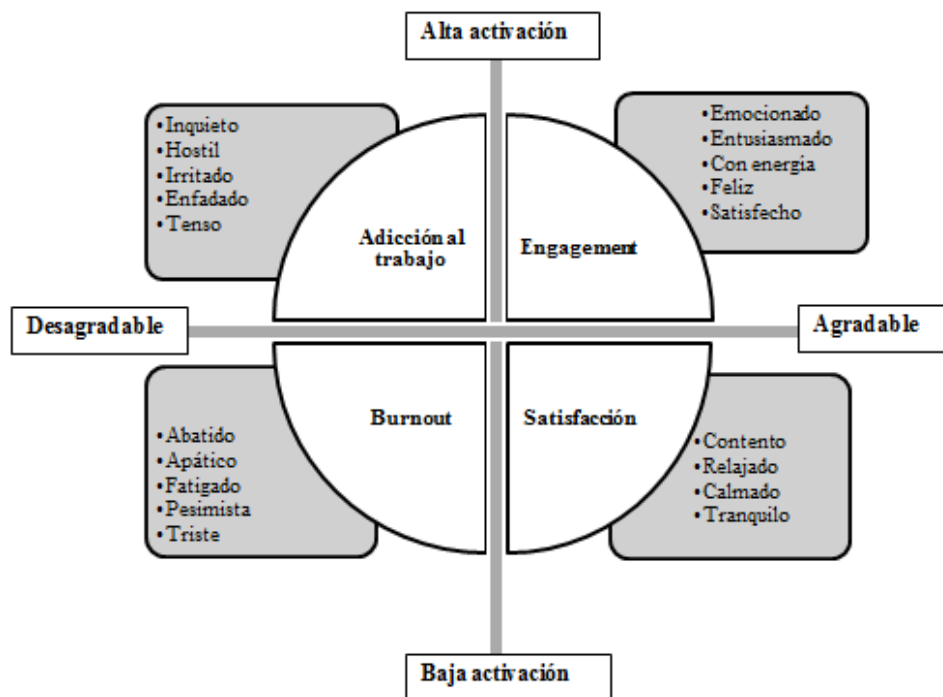
Asimismo, Bakker y Oerlemans (2011) proponen un **modelo bidimensional** que explica las diferencias entre estos tres constructos en función de dos ejes: el **grado de agradabilidad** que suscita el trabajo y las tareas realizadas en el mismo, y el **nivel de activación** que presenta la persona. Como se deduce de la Figura 2, mientras que el *engagement* se caracteriza por niveles altos tanto de agradabilidad como de activación (entusiasmo, con energía) y el *burnout* por bajos niveles en ambos ejes (abatimiento, fatiga), la adicción al trabajo combina altos niveles de activación fisiológica con bajos niveles de agradabilidad (hostilidad, irritación, tensión).

1. 4. Intervención

En la intervención en adicción al trabajo se contemplan dos variables (Salanova et al., 2008). La primera es el **objetivo** o propósito de dicha intervención, en función de si lo que se pretende es hacer una prevención al uso cuando aún no existen indicios de la patología (prevención primaria), de si se busca una reducción de síntomas iniciales (prevención secundaria) o de si tiene lugar cuando ya aparece la patología (prevención terciaria). La segunda variable es el **foco de intervención**, en función de si se va a actuar sobre variables

personales (intervención individual) o en variables del entorno de trabajo (intervención organizacional). En la revisión de la literatura existente queda patente la escasez de protocolos e indicaciones precisas para el abordaje de la adicción al trabajo, especialmente en lo relativo a la prevención terciaria. Se ofrecen frecuentemente indicaciones generales de actuación, sin que existan protocolos de actuación específicos para la patología validados científicamente, por lo que algunos autores recomiendan tratarla a partir de la literatura existente para el abordaje del estrés laboral (del Líbano y Llorens, 2012).

Figura 2. *Modelo bidimensional del bienestar subjetivo en el trabajo (Bakker y Oerlemans, 2011).*



A partir de la revisión realizada, recopilamos las principales técnicas sugeridas para la intervención terciaria a nivel individual, dado que el caso del que hablaremos más adelante se trata de una persona que ya ha desarrollado la adicción. Presentamos una relación de las técnicas³ a utilizar en función de los objetivos principales que se persiguen con el tratamiento (Tabla 3).

Como puede observarse, dado que la patología adictiva es de gran complejidad, es necesario hacer uso de multitud de técnicas para un correcto abordaje. A continuación, resumimos brevemente las técnicas citadas.

³ Cada técnica se relaciona con el principal objetivo que persigue, si bien asumimos que todas ellas se encaminan al logro de diversos objetivos.

Tabla 3. Relación de objetivos terapéuticos y técnicas de intervención.

Objetivo/s terapéutico/s	Técnica/s de intervención
Toma de conciencia del problema	Psicoeducación
Reestablecer el equilibrio de ritmos vitales	Establecimiento de rutinas y pautas de cuidado personal (alimentación, higiene, sueño).
Aumentar la frecuencia y disfrute de actividades extralaborales	Planificación de actividades agradables Abordaje de los valores vitales de la persona
Reducir el nivel de activación	Técnicas de control de la activación (respiración, relajación)
Mejorar la gestión del tiempo	Técnicas de gestión efectiva del tiempo y planificación
Reducir la frecuencia de las obsesiones y de patrones de pensamiento disfuncionales	Reestructuración cognitiva
Reducir la frecuencia de conflictos interpersonales y aprender a gestionarlos adecuadamente cuando surgen	Entrenamiento en habilidades sociales
Reducir el aislamiento social, aumentando el número y la calidad de los contactos interpersonales	
Reducir la frecuencia de conductas adictivas	Exposición con prevención de respuesta

Psicoeducación e identificación del problema. En esta patología es central la negación del problema (Killinger, 1993). Por tanto, algunos autores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; del Líbano y Llorens, 2012) señalan como primer objetivo de la intervención que la persona tome conciencia de su adicción. A través de la psicoeducación se ofrece información relativa a la patología y se combina con diversos recursos como la confrontación directa con datos objetivos para que la persona se identifique con la problemática que se presenta.

Establecimiento de rutinas y pautas de cuidado personal. Consiste en restaurar una serie de hábitos saludables a través de la prescripción de pautas básicas de alimentación y sueño, ya que es común que se encuentren relegados a segundo plano (Garrido, 2014).

Planificación de actividades agradables (Ferster, 1973; Lewinsohn y Graf, 1973). Esta técnica resulta esencial dada la situación de abandono y deterioro en la que se encuentran los ámbitos extralaborales. Consiste en pautar la realización de actividades agradables fuera del ámbito laboral, así como los momentos específicos para ello, con el objetivo de que comience a obtener experiencias positivas o refuerzos en diferentes contextos (Sanz-Vergel et al., 2013).

Abordaje de los valores vitales (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La persona no sólo puede llegar a abandonar los ámbitos extralaborales sino que además le otorga al trabajo una centralidad prácticamente absoluta. Por tanto, es recomendable que reestablezca su jerarquía de valores de forma más equitativa (Sanz-Vergel et al., 2013) con el fin de que su identidad y su fuente de gratificación no estén limitadas a una única área. Tras esto, la persona deberá realizar actividades encaminadas a metas que le guíen hacia sus nuevos valores.

Técnicas de control de la activación (Davis, McKay y Eshelman, 1985; Labrador, de la Puente y Crespo, 1995). Estas técnicas permiten que la persona con adicción aprenda a controlar su nivel de activación y ansiedad (Hahn, Binnewies, Sonnentag y Mojza, 2011). Los procedimientos más empleados son la relajación muscular progresiva y el entrenamiento en respiración. Mediante el primero se aprende a discriminar la diferencia entre tensión y distensión de los músculos y a alcanzar un estado de relajación, mientras que a través de la respiración la persona realiza respiraciones completas y predominantemente abdominales que favorecen una reducción de la activación (Méndez, Olivares y Quiles, 1998). Ambas técnicas tienen como objetivo principal que la persona obtenga sensaciones fisiológicas incompatibles con las sensaciones de activación (Davis et al., 1985).

Técnicas de gestión efectiva del tiempo y planificación (Hahn, Binnewies, Sonnentag y Mojza, 2011). Consiste en enseñar a la persona a organizar efectivamente su tiempo, estableciendo franjas horarias para la vida privada que permitan una distribución temporal más saludable. Asimismo, se trabaja para que la persona sea capaz de establecerse plazos y metas laborales realistas, de forma que la mala planificación no se convierta en una fuente de estrés y ansiedad.

Reestructuración cognitiva (Beck, 1976; Ellis, 1962). Esta técnica resulta esencial para modificar los pensamientos disfuncionales que presenta la persona, como las demandas exageradas y la necesidad de control, entre otros (Van Wijhe, Peeters y Schaufeli, 2013). La primera parte del procedimiento se basa en la identificación y la posterior clasificación de los pensamientos para facilitar que la persona observe cómo influyen éstos en sus emociones y conductas. Seguidamente, se lleva a cabo un cuestionamiento sistemático de dichos pensamientos para llegar a otros más ajustados a la realidad, que resulten más adaptativos y que, por ende, generen menor malestar (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).

Entrenamiento en habilidades sociales (EHS) (Méndez, Olivares y Ros, 1998). Se basa en mejorar las habilidades de los usuarios para aumentar la probabilidad de obtener

interacciones sociales satisfactorias. Concretamente, se recomienda el entrenamiento en habilidades asertivas para reducir la incidencia de conflictos y aprender a manejarlos adecuadamente (Roca, 2005). De forma general, los programas de EHS se llevan a cabo en tres fases: preparación (explicación de las ventajas de comportarse de forma socialmente hábil), adquisición (modelado y ensayos conductuales en el contexto terapéutico) y generalización (aplicación de las conductas aprendidas en el contexto natural) (Kelly, 2004).

Exposición con prevención de respuesta (Echeburúa, de Corral y Ortiz, 2008). Esta técnica consiste en que la persona se exponga a las situaciones ansiógenas (como delegar, no trabajar fuera de su horario laboral o no hacer las cosas de forma perfecta) (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998) sin llevar a cabo las conductas que alivian dicho malestar. De esta forma se facilita la habituación al malestar y la extinción de las respuestas condicionadas que aparecen, considerando siempre la necesidad de una exposición continuada y sin emisión de conductas que compensen el malestar suscitado (Echeburúa et al., 2008).

2. Descripción del caso

2. 1. Identificación de la usuaria y motivo de consulta

La usuaria (V.) es una mujer de 38 años, administrativa en un organismo público. Actualmente reside con su pareja y no tiene hijos.

Acude al Centro de Psicología Aplicada (CPA) porque desde el mes de abril del año pasado presenta **náuseas, dolor de estómago y cansancio físico**, así como **dificultad para concentrarse** de manera habitual. Cuando aparecieron los síntomas mencionados, acude a consulta médica para buscar una solución y desde allí la derivan al CPA afirmando que los síntomas son de carácter psicosomático.

Cuando se le pregunta por la causa de dicho malestar, lo asocia a los **conflictos** que tiene con sus compañeros de trabajo, a las **elevadas demandas** que tiene a nivel laboral y al **bajo estado anímico** que presenta en consecuencia. Afirma que esta situación lleva dándose desde hace tiempo de manera más controlada, pero el estudio de unas oposiciones, con el estrés que ello le genera, ha resultado el detonante de la problemática actual.

Con respecto a los **conflictos con sus compañeros de trabajo** indica, por un lado, que éstos “*no se esfuerzan lo suficiente*”, “*trabajan muy despacio*” y “*son unos vagos*”. En consecuencia, tiende a supervisar el trabajo que desarrollan y a estar pendiente continuamente de

que su ritmo no baje, **exigiéndoles que aumenten su rendimiento**. Esto le resulta cansado y, además, da lugar a gran cantidad de conflictos con sus compañeros. Por otro lado, indica que habitualmente el resto interfiere en su concentración y rendimiento (le hablan, le preguntan dudas...), algo que le genera impotencia. Cuando esto ocurre, tiende a adoptar una **postura inhibida** (no responde, cede, etc.), por lo que el problema suele mantenerse. Finalmente V. **se harta y habla empleando un estilo agresivo** a sus compañeros, dando lugar al surgimiento de nuevos conflictos.

Su segunda queja, relativa a las **elevadas demandas laborales** que posee, guarda estrecha relación con los conflictos laborales. Dado que no está satisfecha con el rendimiento de sus compañeros, **tiende a asumir tareas que no le corresponden y a trabajar con mayores niveles de autoexigencia** “*para que el servicio funcione*”. Siente que debería dar más de sí porque no está satisfecha con su rendimiento⁴. Afirma que esta insatisfacción por no lograr los objetivos que se propone le genera elevados niveles de ansiedad.

Por último, le preocupa su **bajo estado anímico**. V. indica que se siente **culpable al realizar actividades de ocio**, ya que piensa que “*debería estar avanzando tareas del trabajo*”. Por este motivo, en sus ratos libres tiende a avanzar en sus objetivos laborales y se ha reducido drásticamente la cantidad de actividades apetitivas que realiza.

Todas estas circunstancias le están afectando negativamente en su calidad de vida. Por un lado, señala que se están dando numerosos conflictos en su pareja por el poco tiempo que invierte en la misma. Además, se ha dado una disminución drástica de su deseo sexual, lo que aumenta la incidencia de conflictos. Por último, presenta problemas para conciliar el sueño y, por tanto, su estado anímico y su capacidad de concentración se ven perturbados. No obstante, señala que ninguna de estas problemáticas constituye para ella motivo de consulta, pues únicamente quiere centrarse en mejorar en el ámbito laboral y en su estado anímico.

Por último, en lo que respecta a sus relaciones interpersonales cabe destacar que V. es hija única y tiene buena relación con sus padres, especialmente desde que se fue a vivir fuera de casa hace nueve años. Con su pareja también tiene buena relación, aunque últimamente presentan los conflictos anteriormente mencionados. Sus relaciones sociales se limitan

⁴ Cabe destacar que los jefes de la usuaria no han verbalizado quejas del rendimiento de ninguno de los trabajadores, incluyendo a V.

principalmente a sus padres y a su pareja ya que afirma que no tiene amigos cercanos porque no le gusta intimar con la gente (piensa que no tienen nada que aportarle y no le gusta perder el tiempo).

2. 2. Estrategias de evaluación empleadas

La evaluación de las problemáticas que presentaba V. se llevó a cabo a lo largo de cinco sesiones. En ellas, se realizaron **entrevistas** a la usuaria con el fin de conocer cómo se originaron las conductas problema y cómo se mantienen en la actualidad, así como las situaciones concretas en las que se manifiestan y las dificultades particulares del caso. Asimismo, buscando recoger otros datos relevantes de su vida, se hizo uso de una **Historia Biográfica** (Centro Psicología Aplicada, 2012). Además, durante el periodo de evaluación se pidieron una serie de **autorregistros** que nos facilitaron evaluar la problemática de la usuaria en su contexto natural. Por último, se utilizaron los **cuestionarios** que se detallan a continuación (véase Tabla 4).

2. 3. Resultados obtenidos

Fruto de la aplicación de la entrevista semiestructurada y la cumplimentación de la Historia Biográfica, se recogieron las características de su demanda y su situación personal actual que ya ha sido descrita en el apartado anterior. A continuación, se presentan los resultados de los cuestionarios previamente descritos. Tras ello, se señala la información más relevante obtenida mediante los autorregistros.

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)** (Beck et al., 1996). La usuaria obtiene una puntuación total de 29 sobre los 63 máximos. En función de los puntos de corte del cuestionario, indica la presencia de una depresión de tipo grave. Los ítems en los que puntúa más alto fueron los relativos a la pérdida de placer, energía e interés sexual, y a la presencia de cansancio y fatiga.
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (Spielberger et al., 1970). V. obtiene una puntuación directa en la escala de ansiedad-estado de 44, correspondiente al percentil 99, y una puntuación directa en la escala de ansiedad-rasgo de 44, lo que equivale al percentil 97. Así, por un lado, se indica que la usuaria posee altos niveles de ansiedad en los momentos cercanos a cumplimentar el cuestionario y, por otro, que tiende a presentar altos niveles de ansiedad.

Tabla 4. Instrumentos de evaluación empleados.

Instrumento	Autoría original y adaptación al castellano	Descripción del instrumento	Nº ítems	Subescalas	Formato de respuesta	Fiabilidad (α)
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	Beck, Steer y Brown (1996). Sanz y Vázquez (2011).	Proporciona una medida de la presencia de sintomatología depresiva (sentimientos de fracaso, culpa y castigo, pérdida de placer, tristeza, apatía, irritabilidad, etc.), así como de la gravedad de la misma.	21	No presenta	Escala tipo Likert (de 0 a 3)	0,89
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero (2011).	Evalúa el grado de ansiedad que refiere la persona en el momento en el que responde al cuestionario (ansiedad estado) y la tendencia del individuo a experimentar ansiedad de manera habitual (ansiedad rasgo).	40	Ansiedad estado Ansiedad rasgo	Escala tipo Likert (de 0 a 3)	0,94 (ansiedad estado) 0,90 (ansiedad rasgo)
Inventario de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R)	Derogatis (1977). González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez (2002).	Evalúa la presencia de sintomatología de nueve dimensiones psicopatológicas generales (<i>véase</i> subescalas). A partir de los resultados se obtienen tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad (GSI), total de síntomas positivos (PST) e índice de distrés global de síntomas (PSDI).	90	Somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.	Escala tipo Likert (de 0 a 4).	Entre 0,81 y 0,90 en las distintas dimensiones
Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF)	OMS (1994). Lucas-Carrasco (1998).	Esta escala proporciona un perfil de la calidad de vida percibida por la persona. No existen puntos de corte establecidos, por lo que para su interpretación se consideran los porcentajes de las puntuaciones (a mayor porcentaje, mayor satisfacción)	20	Salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y calidad del entorno	Escala tipo Likert (de 1 a 5).	0,89
Inventario de Asertividad	Rathus (1973). Carrobbles (1979).	Evalúa el grado de asertividad de la persona evaluada.	30	No presenta	Escala tipo Likert (de -3 a +3)	0,78
Cuestionario de Habilidades Sociales	Segura (1989).	Evalúa, en múltiples interacciones sociales , las respuestas que emite la persona, clasificando dichas las respuestas dadas en cuatro tipos (<i>véase</i> subescalas). No existen datos psicométricos de este cuestionario. No obstante, se tomó la decisión de utilizarlo porque ofrece información descriptiva de forma rápida sobre la actuación de la persona en diferentes contextos sociales.	20	Conductas adecuadas, conductas inhibidas, conductas inadecuadas por ansiedad y conductas inadecuadas por inhabilidad.	Opción múltiple (a, b, c, d)	-

- **Inventario de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R)** (Derogatis, 1977). Presentamos una tabla (Tabla 5) que resume los resultados obtenidos en este inventario. Debido a las altas puntuaciones observadas en comparación con el grupo de población general no clínica, los resultados han sido comparados con la muestra de pacientes psiquiátricos, siguiendo las pautas de corrección del inventario. De esta forma, se pueden discriminar con mayor precisión las escalas en las que se obtienen puntuaciones más elevadas.

Tabla 5. Puntuaciones T y percentiles obtenidos en el SCL-90-R.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Puntuación T	57	42	58	53	49	42	45	63	55	51	47	55
Percentil (PC)	75	20	80	60	45	20	30	90	70	55	40	70

Nota: SOM: Somatizaciones; OBS: Obsesiones y Compulsiones; INT: Sensibilidad interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad fóbica; PAR: Ideación paranoide; PSI: Psicoticismo; GSI: Índice sintomático general; PST: Total de síntomas positivos; PSDI: Índice de distrés en síntomas positivos.

En resumen, los resultados más elevados se encuentran en las escalas de somatizaciones, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. En el caso de nuestra usuaria estas puntuaciones podrían correlacionar con determinadas tendencias como su propensión a presentar quejas de tipo físico para la primera escala, su nivel de aislamiento social y sentimientos de inadecuación social para la segunda y su necesidad de control y desinterés social para la tercera escala.

- **Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)** (OMS, 1994). En tres de las cuatro escalas existentes se obtienen porcentajes inferiores al 50%. Concretamente, 31% en salud física (malestar físico, medicación, sueño...), 25% en relaciones interpersonales (relaciones personales, vida sexual...) y 19% salud psicológica (sentimientos negativos, autoeficacia, autoestima...). Podemos concluir que la satisfacción percibida en las tres esferas es baja, especialmente en la psicológica. La cuarta escala, en la que obtiene el mayor porcentaje (50%), es la relativa a la calidad del entorno (ambiente, recursos económicos, vivienda...).
- **Inventario de Asertividad de Rathus** (Rathus, 1973). La usuaria obtiene una puntuación de -43 puntos sobre el total de -60. Siguiendo los puntos de corte del instrumento, sería clasificada como “muy inasertiva”.
- **Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura** (Segura, 1989). El 25% de las

respuestas muestran una conducta social adecuada, el 60% una conducta social inhibida, el 5% describen la emisión de conductas inadecuadas por ansiedad y el 10% resultan conductas inadecuadas por inhabilidad.

Como **resumen de la evaluación realizada a través de instrumentos** podemos señalar que V. presenta elevados niveles de depresión y ansiedad, así como de malestar general (especialmente en lo relativo a somatizaciones, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide). Percibe un bajo nivel de calidad de vida tanto física, como psicológica e interpersonal. Por último, se concluye que en las relaciones sociales muestra una tendencia a actuar de forma inhibida.

Finalmente, a través de los **autorregistros** elaborados por la usuaria, podemos obtener información relativa a los factores desencadenantes de las conductas problema, así como de las consecuencias que les siguen. Toda la información obtenida a partir de los autorregistros será incluida en la formulación clínica del caso. A continuación, mostramos un ejemplo de ellos en la Tabla 6.

Tabla 6. Ejemplo de autorregistro cumplimentado.

Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago y qué ocurre después
Mis compañeros están trabajando muy despacio	“Son unos vagos”, “Hay que ir más rápido”	Enfado, frustración	Les digo que o se ponen las pilas o así no acabamos nunca. Me hacen caso, por lo que me tranquilizo un poco
Hay una de mi trabajo que me está desconcentrando todo el rato	“No entiendo por qué no se calla”, “así no voy a rendir lo suficiente”	Frustración, impotencia	Me intento callar. Al final me pongo más nerviosa y le digo que porque ella no haga nada en el trabajo no significa que tenga que molestarme a mí. Se enfada y se calla.
Hay que hacer mucho trabajo	“No estamos rindiendo nada”	Ansiedad	Me pongo a hacer tareas del resto y me digo “venga, tienes que ir más rápido, tienes que hacerlo ya”. Avanzo pero me pongo muy nerviosa.

Estoy en el cine con mi pareja	“Debería estar trabajando, esto es una pérdida de tiempo”	Malestar, impotencia	Intento pensar en cosas del trabajo para ir avanzando aunque solo sea mentalmente. Pienso en lo malo de no avanzar. Mi pareja se enfada porque dice que nunca estoy donde tengo que estar.
--------------------------------	---	----------------------	--

2. 4. Formulación clínica del caso

Como formulación clínica del caso se describe a continuación el análisis funcional.

En primer lugar, cabe destacar la presencia de determinadas variables disposicionales y ambientales que, si bien no se señalan directamente en las cadenas funcionales, facilitan el entendimiento del surgimiento del problema. Con respecto a las **variables disposicionales**, señalamos como principales las siguientes. En primer lugar, el alto grado de perfeccionismo que presenta V., ya que favorece la presencia de actitudes exigentes tanto consigo misma como con los demás. En segundo lugar, su tendencia a presentar actitudes negativas hace que se muestre más crítica con todo lo que ocurre a su alrededor. Por último, destaca su baja autoestima, muy dependiente y fluctuante en función de los logros obtenidos. En relación a las **variables ambientales** cabe subrayar la presencia de modelos perfeccionistas en su entorno familiar, así como la existencia de refuerzos de conductas autoexigentes y orientadas al éxito.

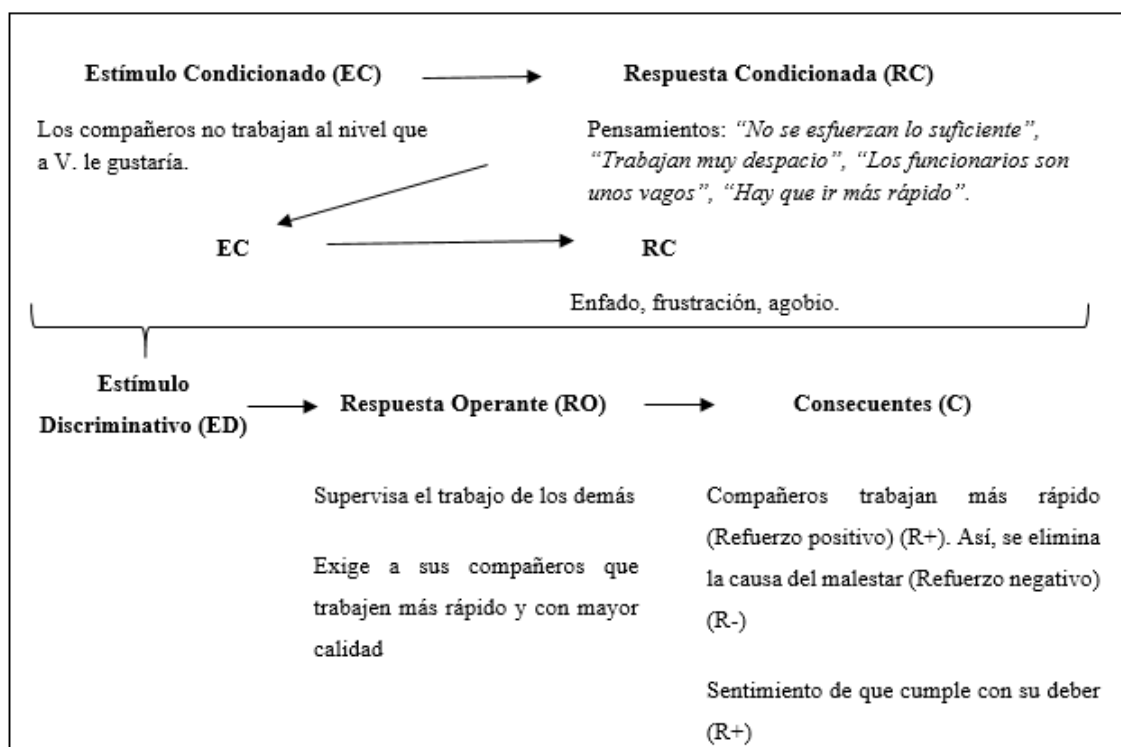
Con respecto a las **hipótesis funcionales acerca del mantenimiento de los problemas**, hemos decidido clasificarlas en tres áreas generales para facilitar el entendimiento de los mismos, si bien asumimos que se encuentran en interrelación. Estas son: A. Conflictos laborales, B. Trabajo excesivo, autoexigencias y ansiedad y C. Bajo estado anímico.

2. 4. 1. Área A. Conflictos laborales. En el ámbito laboral se encuentran dos tipos de situaciones. El primero, relacionado con las exigencias que impone V. sobre sus compañeros y el segundo relacionado con la gestión de conflictos.

2. 4. 1. 1. Exigencias a los compañeros. Estas exigencias aparecen cuando los compañeros no trabajan con el nivel que a ella le gustaría. En este momento surgen automáticamente, por condicionamiento clásico, pensamientos del tipo “*no se esfuerzan lo suficiente*”, “*trabajan muy despacio*”, “*los funcionarios son unos vagos*” y “*hay que ir más rápido*”, que le generan enfado, frustración y agobio.

Para reducir la incidencia de dichas sensaciones, V. tiende a supervisar el trabajo de los demás y a exigirles un rendimiento muy elevado. Estas conductas se ven reforzadas negativamente porque reducen el malestar inicial. Asimismo, son reforzadas positivamente dado que tras realizarlas por un lado siente que cumple con su deber y, por otro, los compañeros se esfuerzan más, por lo que logra su objetivo temporalmente. No obstante, a medio y largo plazo, estas conductas deterioran el clima laboral, repercutiendo al rendimiento de todos los trabajadores y fomentando la creación de nuevos conflictos. En la Ilustración 1 se muestra un esquema de lo anteriormente explicado.

Ilustración 1. Esquema del análisis funcional de las exigencias a los compañeros.

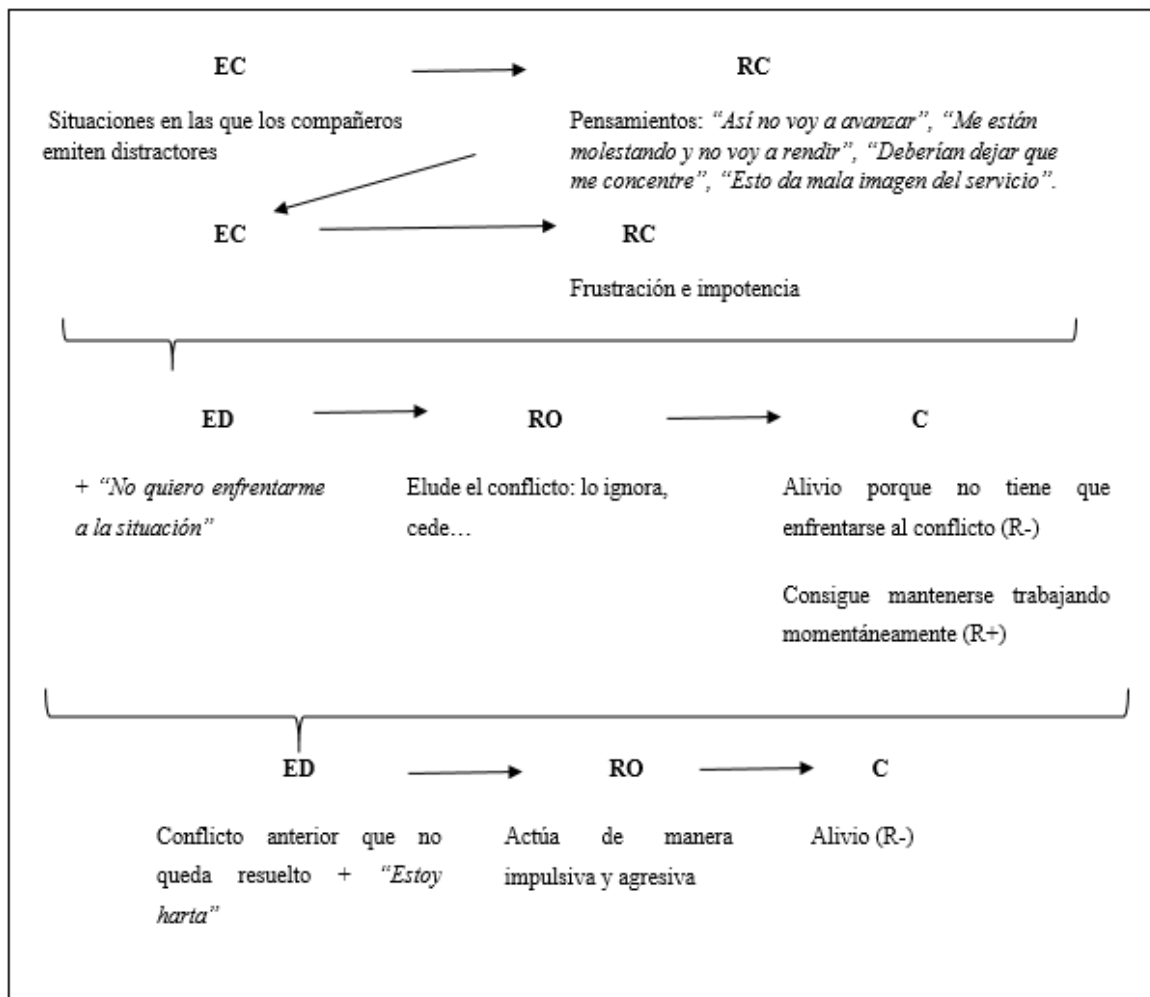


2. 4. 1. 2. Gestión de conflictos.

Con respecto a la gestión de los conflictos laborales, se concluye tras la evaluación que la cliente ha sufrido un proceso de sensibilización por el cual ahora le molestan más situaciones que antes y, además, lo hacen con mayor intensidad. La mayoría de las situaciones que le molestan están relacionadas con que sus compañeros dificultan su concentración en el trabajo. Aparecen pensamientos del tipo "así no voy a avanzar", "me están molestando y no voy a rendir", "deberían dejar que me concentre" y "esto da mala imagen del servicio", que generan sentimientos de frustración e impotencia.

Cuando esto ocurre, la usuaria habitualmente elude el conflicto, sin afrontarlo de manera directa: ignora el problema, cede... A corto plazo, esta forma de actuar le produce alivio puesto que no tiene que enfrentarse a una situación que le resulta aversiva (refuerzo negativo). También consigue seguir trabajando, por lo que el comportamiento es a su vez reforzado positivamente. Sin embargo, el problema no suele resolverse por lo que los sentimientos de frustración e impotencia se magnifican y V. termina actuando de manera agresiva y brusca con sus compañeros (véase Ilustración 2). Esta forma de actuar le aporta alivio inmediato (refuerzo negativo), pero a medio y largo plazo genera un mal clima laboral y aumenta la probabilidad de otros conflictos.

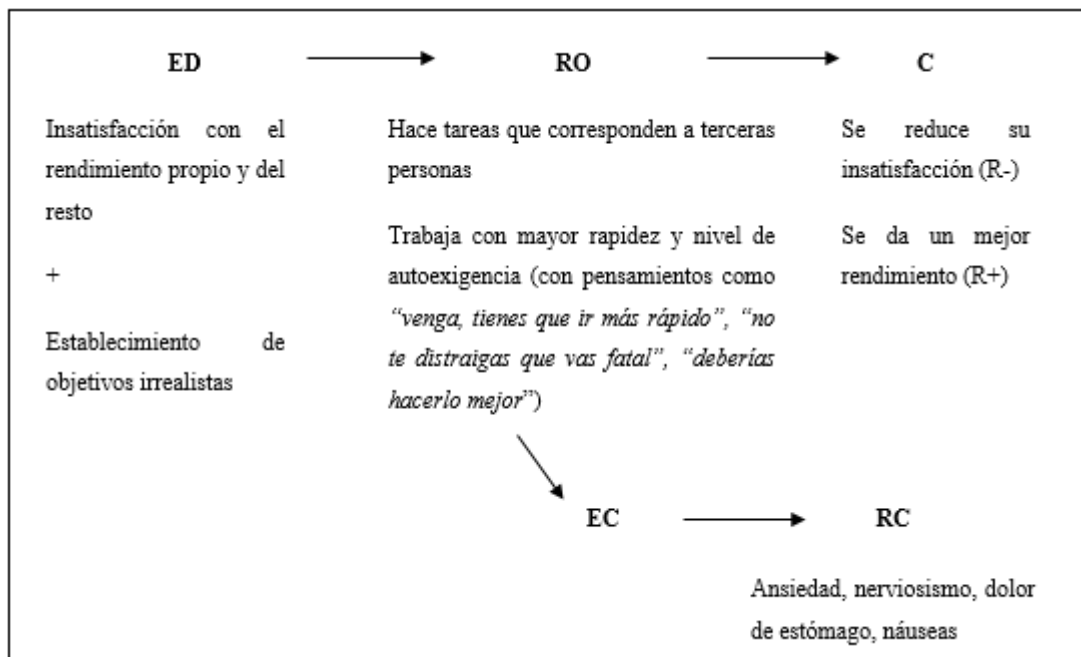
Ilustración 2. Esquema del análisis funcional de la gestión de conflictos.



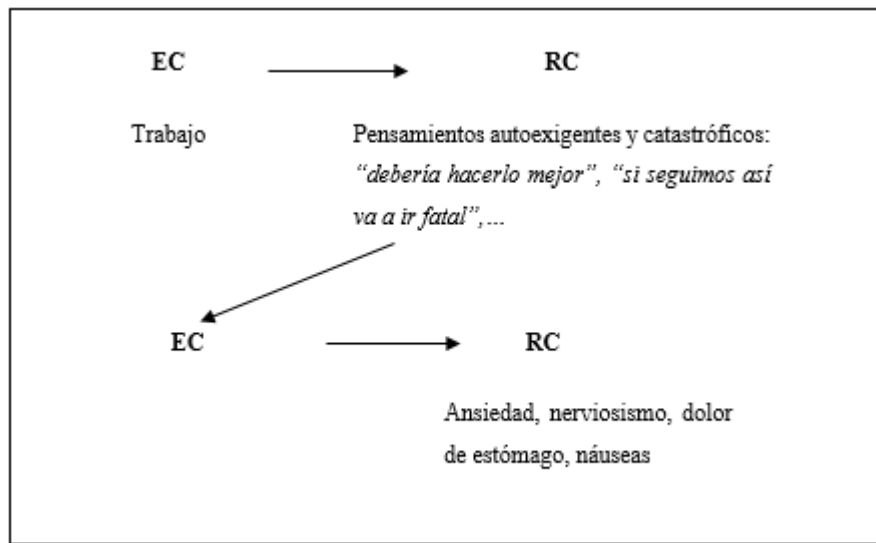
2. 4. 2. Área B. Trabajo excesivo, autoexigencias y ansiedad. Encontramos dos tipos de cadenas funcionales: exceso de trabajo y autoexigencia y generalización de las situaciones ansiosas.

2. 4. 2. 1. Exceso de trabajo y autoexigencia. A través de la evaluación se ha observado que V. tiende a asumir tareas del resto y a trabajar con altos niveles de autoexigencia (verbalizándose “*venga, tienes que ir más rápido*”, “*no te distraigas que vas fatal*”, “*deberías hacerlo mejor*”). Estas respuestas operantes aparecen principalmente cuando V. se encuentra insatisfecha con el rendimiento que está habiendo, tanto por su parte como por la de sus compañeros. Además, interviene el establecimiento de objetivos irrealistas, que hace que tenga que trabajar con rapidez para intentar lograrlos. Inmediatamente después de las respuestas operantes, se da un mejor rendimiento y se reduce su insatisfacción, por lo que estas se ven reforzadas tanto positiva como negativamente. No obstante, dichas respuestas operantes dan lugar a su vez a respuestas condicionadas de ansiedad, nerviosismo y malestar físico. En la Ilustración 3 se presenta un resumen de lo anteriormente explicado.

Ilustración 3. Esquema del análisis funcional del exceso de trabajo y la autoexigencia.

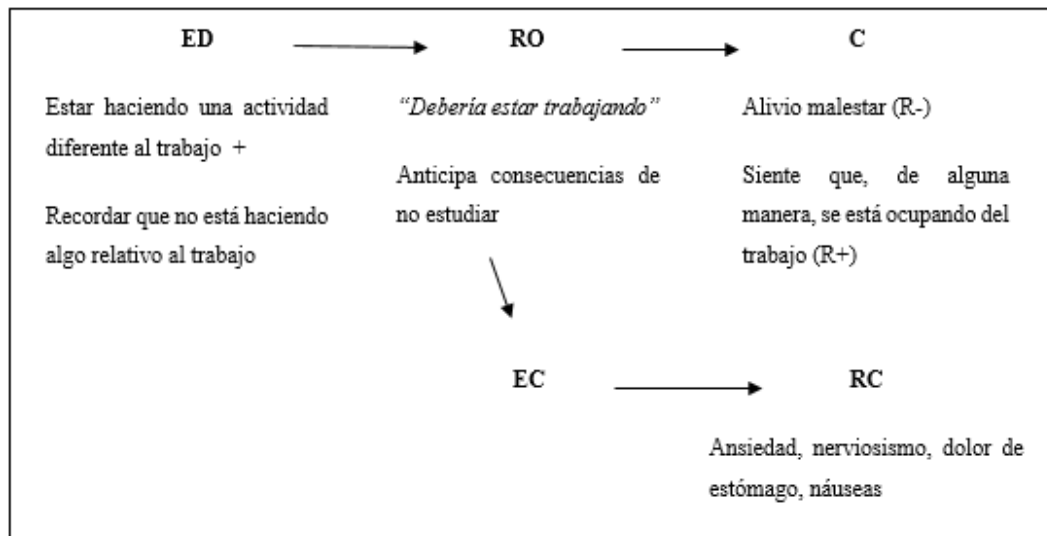


2. 4. 2. 2. Generalización de las situaciones ansiógenas. Por último, se ha observado que tras tantas repeticiones ansiógenas, se ha dado un proceso de condicionamiento con el trabajo, en el que median pensamientos de carácter autoexigente y catastrófico (véase Ilustración 4).

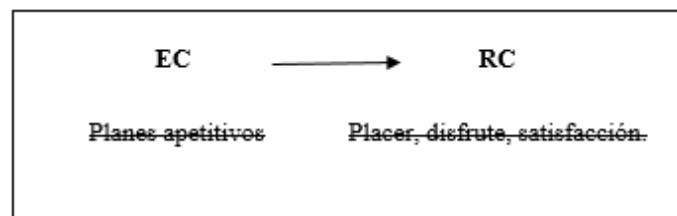
Ilustración 4. Esquema del análisis funcional de la generalización de situaciones ansiógenas.

2. 4. 3. Área C. Bajo estado anímico. Encontramos dos tipos de cadenas funcionales: culpabilidad y reducción de la frecuencia de desarrollo de actividades agradables

2. 4. 3. 1. Culpabilidad. En relación con su bajo estado anímico cabe destacar la culpabilidad que siente cuando está desarrollando actividades de ocio y recuerda que no está haciendo algo relacionado con el ámbito laboral. Es entonces cuando empieza a pensar que *"debería estar haciendo algo de trabajo"* y anticipa las consecuencias negativas de no hacerlo. Esto alivia su malestar (refuerzo negativo) ya que no se siente tan irresponsable y hace que sienta que se está ocupando de alguna manera de aquello (refuerzo positivo). No obstante, las respuestas operantes son, a su vez, estímulos condicionados que desencadenan las respuestas condicionadas de ansiedad, nerviosismo y malestar físico (véase Ilustración 5). A medio y largo plazo, estar continuamente pensando en el trabajo hace que sea prácticamente incapaz de disfrutar de su tiempo libre.

Ilustración 5. Esquema del análisis funcional de la culpabilidad.

2. 4. 3. 2. Reducción de la frecuencia de desarrollo de actividades agradables. Dada la pérdida del carácter apetitivo de las actividades de ocio, se observa como V. deja de hacerlas y, por tanto, no aparecen las respuestas condicionadas positivas que solían darse después (placer, disfrute, satisfacción), tal y como se muestra en la Ilustración 6. El hecho de dejar de hacer planes apetitivos, a medio y largo plazo, hace que V. se encuentre aislada socialmente.

Ilustración 6. Esquema del análisis funcional de la reducción de frecuencia de actividades agradables.

2. 5. Objetivos de tratamiento

Los objetivos de tratamiento, acordados con la consultante tras la explicación del análisis funcional, son:

- Reducir la activación fisiológica
- Mejorar el estado anímico
- Mejorar la gestión del tiempo
- Mejorar las habilidades interpersonales
- Reducir la frecuencia de los pensamientos desadaptativos

Dada la baja conciencia de V. sobre la problemática que presenta, al hilo del análisis funcional se establecen una serie de objetivos que se considera necesario abordar, si bien no se presentan de manera directa a la usuaria en un primer momento. Éstos son los siguientes:

- f. Aumentar la conciencia de la problemática de adicción al trabajo
- g. Reducir la frecuencia de conductas adictivas

3. Tratamiento

3.1. Técnicas empleadas

Para lograr los objetivos terapéuticos, basándonos en el análisis funcional del caso, presentamos a continuación los procedimientos y técnicas empleados, así como la justificación de su uso:

- **Técnicas de control de activación** (Davis et al., 1985; Labrador et al., 1995). Cuando V. llegó al CPA, mostraba altos niveles de activación que se hacían evidentes a través de la presencia de dificultades respiratorias, náuseas, dolores de estómago y de cabeza y vómitos, entre otros síntomas. Estos interferían gravemente en su rutina diaria, por lo que se decidió introducir técnicas de control de la activación para reducir su nivel de malestar.
- **Establecimiento de rutinas y pautas de cuidado** (Garrido, 2014). Debido a la priorización del ámbito laboral en su vida, V. mostraba una rutina de sueño completamente alterada: habitualmente no dormía más de cuatro horas diarias por dedicar excesivo tiempo al trabajo y se quejaba de problemas de insomnio. Esta falta de descanso estaba afectando a su capacidad concentración y memoria, y a su vez le generaba irritabilidad. Si bien no constituía un objetivo terapéutico para ella, se consideró que reestablecer unos ritmos adecuados de sueño resultaba esencial no solo para su salud sino para que el proceso terapéutico pudiera tener éxito.
- **Planificación de actividades agradables** (Ferster, 1973; Lewinsohn y Graf, 1973). Se decidió incluir la planificación de actividades agradables desvinculadas del ámbito laboral en su rutina diaria para mejorar su estado anímico, así como para reducir la cantidad de tiempo libre disponible para trabajar (a modo de control estimular). Si bien este procedimiento se utiliza en multitud de problemáticas psicológicas, en adicción al trabajo y concretamente en el caso de V. fue necesario pautar con mucho detalle qué actividades

debía hacer y en qué momentos concretos, con el fin de evitar excusas para no llevarlas a cabo.

- **Técnicas de gestión efectiva del tiempo** (Hahn et al., 2011). V. muchas veces justificaba su falta de sueño y de actividades ajenas a lo laboral por la escasez de tiempo que tenía, por lo que fue necesario instruirla en técnicas de gestión efectiva del tiempo. De esta forma, facilitamos que se organizara mejor y de un modo más saludable. Además, fue necesario enseñarle a utilizar el tiempo de forma efectiva, poniéndose metas realistas, ya que sus altos niveles de exigencia hacían que se estableciera plazos inalcanzables.
- **Entrenamiento en habilidades sociales** (Méndez et al., 1998). Uno de los objetivos prioritarios del tratamiento era reducir la prevalencia de conflictos interpersonales y aprender a gestionarlos adecuadamente en caso de que surgieran, precisamente por los altos niveles de malestar que los conflictos generaban en V. Por ello, se decidió entrenarla en determinadas habilidades sociales (principalmente en hacer peticiones, rechazarlas y pedir cambios de conducta) con el fin de que se redujera la utilización de estilos inhibidos y agresivos y se favoreciera la utilización de estilos asertivos a la hora de gestionar las situaciones conflictivas. El entrenamiento en habilidades sociales se combinó con la técnica de respiración para reducir su activación en situaciones que le generaban mucho malestar y que le llevaba a actuar de forma agresiva.
- **Reestructuración cognitiva** (Ellis, 1962; Beck, 1976). Los pensamientos desadaptativos de V. constituían uno de sus principales problemas. Se encontraban habitualmente anticipaciones (“*hoy vamos a tener una discusión*”), pensamientos absolutistas y catastróficos (“*todos son unos vagos y así va a salir fatal*”), autoexigencias y exigencias a los demás (“*debería estar trabajando*”, “*deberían hacer lo que les digo*”) y asunciones de lo que el resto de personas piensan y van a hacer (“*van a pensar que soy una falsa*”). Estos pensamientos aumentaban sus niveles de ansiedad y favorecían a su vez la realización de conductas adictivas, así como los conflictos interpersonales. Por ello, se trabajó en primer lugar en la identificación de pensamientos (algo que le resultó costoso debido al alto nivel de realismo que concedía a sus pensamientos), para luego pasar a cuestionarlos, cediéndole control progresivamente en dicho cuestionamiento.
- **Abordaje de valores vitales** (Hayes et al., 1999). Durante la intervención, fue necesario introducir el abordaje de valores, ya que V. mostraba cierto desprecio hacia otras áreas diferentes al trabajo, considerándolas de segundo orden. Este hecho dificultaba la intervención dirigida a ampliar otros ámbitos diferentes al trabajo, por lo que fue necesario

abordarlo en profundidad. Para ello, se emplearon técnicas habituales en el abordaje de valores, así como confrontación con otros datos que teníamos u observábamos (p.ej. lo indicado en los cuestionarios relativo a su insatisfacción y preocupación por el ámbito interpersonal y de pareja).

- **Psicoeducación sobre la adicción al trabajo** (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; del Líbano y Llorens, 2012). V. presentaba nula conciencia de su problemática, llegando incluso a verbalizar que debería trabajar más y que no se esforzaba lo suficiente. Además, no entendía que sus familiares y pareja le reprocharan el tiempo invertido en el trabajo ni el malestar que le estaba causando. Por ello, fue esencial favorecer la toma de conciencia del problema, así como aumentar el conocimiento respecto al mismo.
- **Exposición con prevención de respuesta** (Echeburúa et al., 2008). A través de la evaluación, se observó una alta intolerancia de V. a determinadas sensaciones, que la llevaban a realizar conductas adictivas con el fin de eliminarlas. Así, se decidió que era necesario que V. se expusiera a dichas sensaciones (p.ej. frustración, incertidumbre, nerviosismo), sin emitir conductas evitativas (p.ej. hacer o comprobar el trabajo de los demás y rehacer sus trabajos hasta dejarlos “perfectos”).

3. 2. Factores relacionados con la terapeuta

La terapia se realizó siguiendo el enfoque cognitivo conductual y estuvo sujeta a un seguimiento semanal por parte de los tutores (terapeutas titulares del CPA) y los compañeros y compañeras de las prácticas del MPGS. En las sesiones clínicas donde se realizaba el seguimiento en primer lugar se daba *feedback* y sugerencias de mejora de la actuación de la sesión anterior. Posteriormente se procedía a discutir los objetivos a intervenir en la próxima sesión terapéutica con V.

3. 3. Aplicación del tratamiento

A fecha de realización de este trabajo, el tratamiento aún no ha finalizado. Por el momento se han llevado a cabo quince sesiones de 50 minutos de duración con periodicidad semanal. De esas sesiones, cinco se han dedicado a la evaluación y una a la devolución del análisis funcional y al establecimiento de objetivos. El resto a la intervención terapéutica.

En la Tabla 7 queda resumido el proceso terapéutico al completo. A continuación de la misma detallamos la información principal de cada sesión de intervención.

Si bien algunos autores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; del Líbano y Llorens, 2012) recomiendan iniciar el tratamiento de adicción al trabajo por el control estimular y la toma de conciencia del problema, consideramos que esas indicaciones no resultaban del todo acertadas para este caso concreto. Por un lado, el estado anímico que presentaba V. era realmente bajo (según las clasificaciones del BDI-II, se encontraba dentro del grupo de “depresión de tipo grave”). Dado que su fuente principal de autoestima en el momento en que llegó era el trabajo, consideramos inadecuado quitarle esta fuente de gratificación. En este sentido, pensamos que resultaba más oportuno mejorar su estado anímico antes de iniciar esa intervención. Por otro lado, teniendo en consideración las dificultades que presentaba para establecer la alianza terapéutica por su desinterés por los contactos sociales, pensamos que la principal vía para vincularla a la terapia sería a través de la obtención de resultados positivos a corto plazo. Para ello, nos centramos inicialmente en técnicas y procedimientos que pudieran ofrecer efectos significativos de forma rápida y aumentaran su confianza en la terapia, como la respiración, el restablecimiento del sueño adecuado y la realización de actividades agradables.

Así, en la **primera sesión** de intervención, tras resolver las dudas relativas al análisis funcional, se comenzó por la técnica de **respiración** y las pautas de higiene del sueño. En relación a la primera, se le explicó la fundamentación teórica de la técnica, ya que V. se mostraba escéptica ante su utilidad. Posteriormente, se le mostró la ejecución de la técnica a través de modelado y se le pidió que practicara varias veces en sesión. Por otro lado, se le dieron **pautas sobre higiene del sueño** relacionadas con el establecimiento de una rutina de sueño, así como con la recomendación de salir de la cama si no conseguía dormir, debiendo de hacer algo aburrido en ese momento. Como tareas para casa se le pidió, con respecto a la respiración, que la practicara sentada dos veces diarias en situaciones de activación artificial, es decir, generándose ella misma cierto nivel de activación. Además, debía registrar los cambios en el nivel de activación presente antes y después de su práctica. En la Tabla 8 puede consultarse un modelo del autorregistro a cumplimentar. Con respecto a las pautas de sueño, se le recomendó su utilización, pero no se pidieron tareas al respecto por no tratarse de un objetivo terapéutico como tal.

Tabla 7. Resumen de las sesiones terapéuticas: objetivos de cada sesión, técnicas empleadas y tareas para casa.

Nº de sesión	Objetivos de la sesión	Técnicas	Tareas a realizar durante la semana
<i>Fase de evaluación</i>			
1-5	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las conductas problema • Revisar los autorregistros y cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, cuestionarios y autorregistros 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro de situaciones de malestar • Autorregistro de actividades diarias • Cuestionarios
6	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución análisis funcional • Consensuar objetivos y técnicas de intervención 		<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre análisis funcional
<i>Fase de intervención</i>			
1	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver dudas sobre análisis funcional • Instruir en respiración abdominal • Establecer pautas de higiene del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración abdominal • Pautas de higiene del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica diaria y autorregistro (AR) de respiración • Implementar pautas de higiene del sueño
2	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de respiración y resolver dificultades • Revisar implementación de pautas del sueño • Aumentar la frecuencia de las actividades extralaborales 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración abdominal • Planificación de actividades agradables 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica diaria y AR de respiración • Práctica diaria y AR de actividades agradables
3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de respiración y generalizar utilización • Revisar práctica de actividades agradables y abordar dificultades: mejorar la gestión del tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación y gestión del tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica y AR de respiración en situaciones de malestar moderado • Práctica y AR de actividades agradables • Llevar a cabo horario programado y anotar dificultades
4	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de respiración • Revisar práctica de actividades agradables • Revisar cumplimiento del horario programado y ajustar 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación y gestión del tiempo • Entrenamiento en asertividad: psicoeducación, modelado y 	<ul style="list-style-type: none"> • Mismas tareas de la semana anterior • Práctica y AR de habilidades asertivas • Lectura de derechos asertivos

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué consiste la asertividad y sus beneficios • Enseñar a hacer y rechazar peticiones 	ensayos conductuales	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de respiración y de actividades agradables • Revisar práctica de asertividad y resolver dificultades • Enseñar a pedir cambios de conducta • Explicar la influencia de los pensamientos en situaciones de malestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en asertividad: psicoeducación, modelado y ensayos conductuales • Psicoeducación de pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración y actividades agradables de forma autónoma • Práctica y AR de habilidades asertivas • Lectura distorsiones cognitivas • Registro de pensamientos en situaciones de malestar
6	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de habilidades asertivas y resolver dificultades • Revisar identificación de pensamientos • Enseñar a identificar y modificar pensamientos irracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: identificación y cuestionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica y AR de habilidades asertivas • Registro de pensamientos en situaciones de malestar
7	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de habilidades asertivas • Revisar identificación de pensamientos irracionales • Enseñar a cuestionar los pensamientos irracionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: cuestionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de habilidades asertivas • Registro de pensamientos irracionales y elaboración de pensamientos alternativos
8	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar práctica de habilidades asertivas • Revisar elaboración de pensamientos alternativos • Fomentar la priorización de otras áreas vitales diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva: cuestionamiento • Abordaje de valores vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la práctica de habilidades asertivas • Registro de pensamientos irracionales y elaboración de pensamientos alternativos • Ejercicio de valores vitales
9	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver dificultades de habilidades asertivas • Revisar tarea de pensamientos alternativos • Revisar ejercicio de valores vitales • Favorecer la toma de conciencia del problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordaje de valores vitales • Psicoeducación 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de pensamientos irracionales y elaboración de pensamientos alternativos • Búsqueda de acciones dirigidas a las metas propuestas

Tabla 8. Modelo de autorregistro de respiración abdominal.

Fecha y hora	Activación (valorar del 1 al 10)	antes	Activación (valorar del 1 al 10)	después	Tiempo empleado	Dificultades encontradas
--------------	-------------------------------------	-------	-------------------------------------	---------	--------------------	-----------------------------

En la **segunda sesión** se comenzó, al igual que en las posteriores sesiones, por revisar las tareas para casa. Con respecto a la calidad del sueño se vio una mejora significativa, ya que se dio un aumento de las horas de descanso y una reducción del tiempo para conciliar el sueño. No obstante, en la **respiración** se encontraron diversas **dificultades**, que consistieron principalmente en que se mareaba al practicarla y que no le resultaba útil, lo que aumentaba su nivel de nerviosismo. Para solucionarlo, se volvió a practicar la respiración en sesión y se le recomendó que redujera la cantidad de aire inhalado (para evitar la hiperventilación) y que se centrara en la respiración y no en los resultados que estaba obteniendo. Posteriormente, se procedió a la **planificación de actividades agradables**. Para ello, se explicó la influencia que éstas tienen en el estado anímico, así como la importancia de realizarlas a pesar de la ausencia de motivación. Por último, se procedió a efectuar un listado de actividades potencialmente gratificantes para ella. Durante la semana se pidió la práctica diaria tanto de respiración como de actividades agradables, además de un autorregistro de ambas (*véase* Tabla 9).

Tabla 9. Modelo de autorregistro de actividades agradables.

Fecha y hora	Actividad y tiempo dedicado	Bienestar antes (valorar del 1 al 10)	Bienestar después (valorar del 1 al 10)	Bienestar al final del día, tras realizar todas las actividades (del 1 al 10).
-----------------	--------------------------------	--	--	--

En la **tercera sesión** se constató que la **respiración** ya estaba funcionando adecuadamente por lo que se dieron pautas para su **generalización**, practicándola primeramente en situaciones de activación artificial en movimiento en lugar de sentada, y posteriormente en situaciones reales tanto sentada como en movimiento. En la práctica de actividades agradables V. presentó dificultades para encontrar momentos libres destinados a su realización, afirmando no tener tiempo para llevarlas a cabo. Por esta razón, se decidió abordar su **planificación diaria y gestión del tiempo**. Para ello se le pidió que elaborara un horario con su distribución habitual de tareas y se ajustó de forma más adecuada, pautando momentos para la realización de actividades agradables, así como para otro tipo de tareas (gestiones, obligaciones...). Fue importante argumentar y discutir con ella la importancia de poseer franjas horarias para este

tipo de finalidades, ya que al principio se mostraba reacia. Durante la semana se le pidió que, además de realizar las tareas habituales, siguiera el horario pautado y anotara las dificultades encontradas.

En la **cuarta sesión** se comprobó que V. había tenido problemas para llevar a cabo el horario porque se establecía objetivos irrealistas. Estos se encontraban relacionados principalmente con el ámbito laboral, ya que planeaba hacer en casa más actividades laborales de las que luego podría abarcar. Por ello se trabajó para que **rebajara sus niveles de exigencia**, argumentando el papel que esto tenía en la perpetuación de sus niveles de ansiedad. Tras esto, se procedió a explicar el concepto de **asertividad** y sus potenciales beneficios. Seguidamente, se dieron las **instrucciones para realizar peticiones y rechazarlas**, ya que afirmaba que en el trabajo tenía numerosos problemas relacionados con estas habilidades, principalmente al hacer peticiones a sus compañeros. Para el entrenamiento, la terapeuta ejerció de modelo, después practicó la usuaria y se le dio un feedback, tras el que hubo más ensayos conductuales. Cuando se apreció cierto dominio, se pidió a los compañeros terapeutas del CPA que participaran en la sesión para realizar ensayos conductuales mediante *role-playing*, aumentando la dificultad y complejidad de la situación. Al actuar frente a diferentes personas se facilitaba la generalización de las habilidades. Como tarea, además de las habituales, se pidió que pusiera en práctica las nuevas habilidades y lo registrara en el siguiente modelo de autorregistro (Tabla 10).

Tabla 10. Modelo de autorregistro de habilidades asertivas.

Fecha y hora	Situación	Qué pienso antes	Qué digo/hago	Cómo reacciona la otra persona	Dificultades y satisfacción con mi actuación
-----------------	-----------	---------------------	---------------	-----------------------------------	--

En la **quinta sesión** se revisaron las tareas de V., focalizándonos en el seguimiento del horario establecido y en la realización de conductas asertivas. Con respecto a lo primero se constató que V. había conseguido los objetivos por encontrarse más ajustados a lo que podía hacer (p.ej. hacer una actividad de trabajo en lugar de tres) lo que había reducido sus niveles de ansiedad y aumentado su sensación de autoeficacia. Por ello, decidió mantenerlos de esta forma. Con respecto a las conductas asertivas se encontró una buena ejecución que, sin embargo, se veía dificultada por determinados pensamientos que surgían antes (“*van a pensar que soy una falsa*”, “*se va a sentir mal y se va a enfadar*”). Se aprovechó este momento para introducir la **influencia de los pensamientos** en los estados emocionales y las conductas. Dado

que no quedaba mucho tiempo en la sesión, se decidió posponer la profundización en los pensamientos para la siguiente y practicar en esta una nueva habilidad: la **petición de cambio de conductas** para pedir a sus compañeros adecuadamente que no le molestaran mientras trabajaba. Se entrenó igual que las habilidades anteriores y se pidió su práctica durante la semana. Además, se le recomendó que incluyera la respiración para bajar su nivel de activación en las situaciones conflictivas, al ser éste el que muchas veces le hacía actuar de forma agresiva.

En la **sexta sesión**, como ya se adelantó en la sesión anterior, se retomó el tema de los **pensamientos**. Se comenzó comentando una lectura que se le había recomendado sobre distorsiones cognitivas, gracias a la cual V. fue capaz de identificar las distorsiones más habituales en ella. A partir de las tareas semanales se encontraron determinados pensamientos irracionales (*“van a pensar que soy una falsa”, “la gente debería trabajar más rápido”, “son todos unos vagos”*) que se reestructuraron a través de debate socrático. Después, se le pedía a V. que reformulara el pensamiento inicial en otro alternativo más ajustado a la realidad y que generara menor nivel de malestar. Cabe destacar que se inició por los pensamientos más sencillos, para progresivamente irnos acercando a lo largo de las sesiones a pensamientos más nucleares para ella (por ejemplo, los relativos al perfeccionismo como *“las cosas hay que hacerlas bien”* y *“debería hacerlo perfecto, para eso me pagan”*). Se le pidió durante la semana que, además de practicar las habilidades asertivas aprendidas, registrara los pensamientos que le aparecen en las situaciones de malestar.

En la **séptima sesión** se revisó la práctica de habilidades asertivas y se continuó con la **reestructuración cognitiva**. En la tarea se observó que V. era capaz de identificar sus pensamientos, si bien a veces los confundía con la propia situación, lo que hacía que les otorgara una mayor credibilidad. Tras abordar esto, se retomó el **cuestionamiento de pensamientos irracionales**, cediéndole progresivamente a V. el control del procedimiento. Como tarea para casa, se le pidió que registrara la información detallada en la Tabla 11.

Tabla 11. Modelo de autorregistro de pensamientos.

Situación	Pensamientos	Tipo de distorsión	Pensamientos alternativos	Credibilidad que doy a los nuevos pensamientos (1-10)
-----------	--------------	--------------------	---------------------------	---

En la **octava sesión** se observa que en la práctica de actividades agradables aparecen pensamientos del tipo *“debería estar trabajando”* que le generan mucho malestar y le llevan a

no realizar las actividades prescritas. Dado que en la base de dichos pensamientos se encontraba un establecimiento de prioridades en su día a día, se decide **abordar los valores vitales** de V. Así, se hace un ejercicio en el que debe indicar la importancia que le gustaría que tuviera cada uno de los ámbitos (en función de los potenciales beneficios que le podría traer) y el tiempo que le dedica actualmente a cada uno de ellos. Se vio una importante discrepancia en ámbitos como el de pareja y el de familia ya que los consideraba ámbitos de gran importancia para ella, pero les dedicaba muy poco tiempo. Para casa se le pidió que elaborara una lista de las metas que le gustaría llevar a cabo en dichos ámbitos.

En la **novena sesión**, V. expresó que se había dado cuenta de que al dedicarle tanto tiempo al trabajo quizás estaba descuidando otros ámbitos también importantes. Dado que la usuaria ya poseía un estado anímico estabilizado, y teniendo en cuenta que la alianza terapéutica estaba consolidada, se decidió incluir en este momento la **explicación sobre algunos de los procesos habituales en adicción al trabajo**. Durante la sesión se comenzaron a identificar **acciones que le guiaran hacia las metas** que se había propuesto en cada uno de los ámbitos vitales que quería modificar. Por poner algunos ejemplos, para mejorar la calidad de la relación con su familia decidió quedar con ellos una vez a la semana para compartir un día completo. Para aumentar la satisfacción de su relación de pareja, tomó la decisión de dedicar todos los días un rato a hablar con él sobre los aspectos positivos y negativos de su día. Como no dio tiempo a terminarlo en sesión, se le pidió que lo terminara en casa. Igualmente, se le sugirió que continuara con el trabajo con pensamientos.

En el momento en que se realiza este trabajo, las sesiones que se han realizado son las anteriormente citadas. En las siguientes sesiones, será necesario continuar con los valores vitales, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición a situaciones que le generan malestar, ya que son los objetivos en los que menos se ha avanzado. En la discusión de este trabajo plantearemos cómo se continuará con el abordaje de estos objetivos, así como las dificultades que consideramos que pueden suceder.

4. Diseño del estudio y resultados

En este estudio se ha empleado un diseño de caso único ($N = 1$) del tipo A-B-B' (León y Montero, 2015). Dado que a la entrega de este trabajo aún no se había finalizado el tratamiento, se decidió administrar en este punto (B) los mismos instrumentos de la medida pre, con el fin de apreciar las variaciones que se habían dado hasta el momento. Por tanto, se le administraron los seis cuestionarios iniciales. Asimismo, a lo largo de la intervención se le

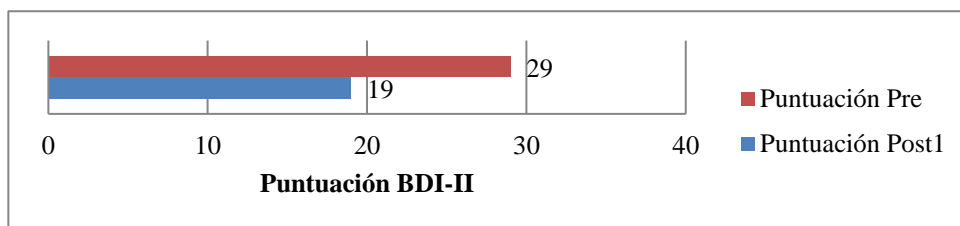
pidió que rellenara autorregistros semanales de la frecuencia de actividades agradables realizadas, indicando además el grado de bienestar logrado al final de cada día.

A continuación, se exponen los datos descriptivos de las mediciones pretratamiento (parte A del diseño) y durante el mismo (parte B del diseño), que llamaremos “post1”⁵. Posteriormente, expondremos los resultados en función de los objetivos de tratamiento.

4. 1. Resultados pre-post

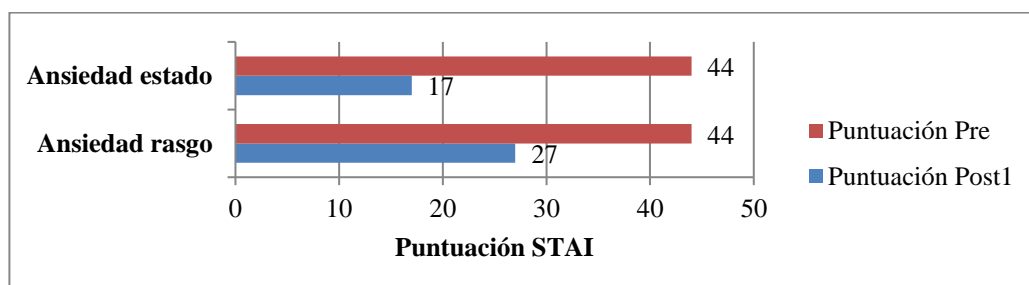
En el **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)** (Beck et al., 1996), la puntuación post1 obtenida es de 19 puntos (véase Figura 3), lo que según el cuestionario equivaldría a un diagnóstico de “depresión leve”. La puntuación pre fue de 29 puntos, lo que indicaría la presencia de una “depresión grave”.

Figura 3. Puntuación directa pre y post1 en el Inventario de Depresión de Beck.



En la evaluación post1 del **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (Spielberger et al., 1970), V. obtuvo una puntuación de 17 puntos en la escala de ansiedad-estado, lo que equivale a un percentil 55. En la escala de ansiedad-rasgo, alcanzó 27 puntos que corresponden a un percentil 65 (véase Figura 4). En resumen, en la ansiedad-estado pasa de ubicarse en el percentil 99 a ubicarse en el 55, mientras que en la ansiedad-rasgo pasa del 97 al 65.

Figura 4. Puntuaciones directas pre y post1 en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.



⁵ Al finalizar el tratamiento, se repetirá la misma evaluación (B'). Esta será la evaluación “post2”.

En el **SCL-90-R** (Derogatis, 1977) obtenemos las puntuaciones T y percentiles en la medición post1 indicadas en la Tabla 12:

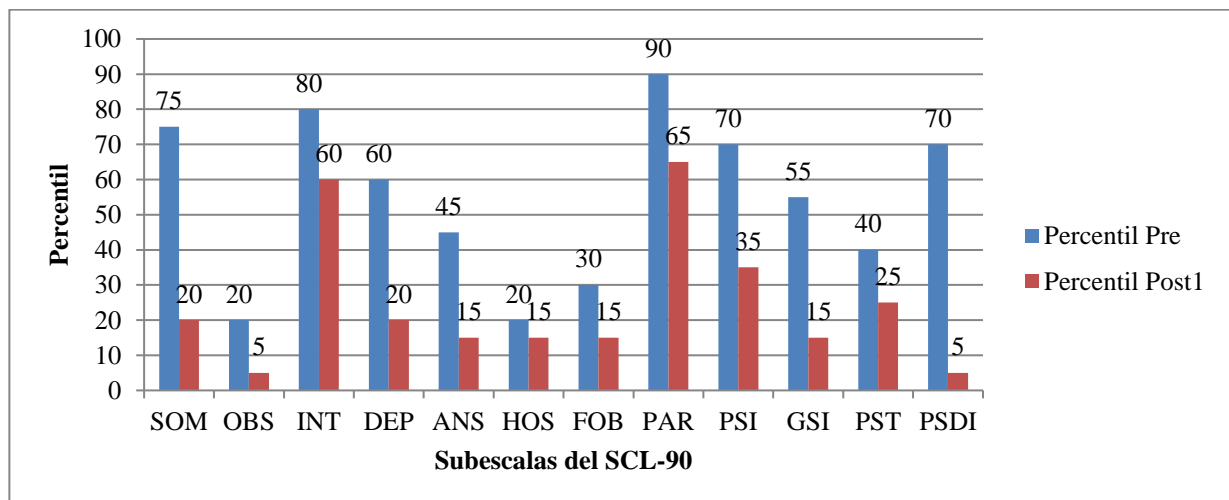
Tabla 12. Puntuaciones T y percentiles obtenidos en la evaluación "post1" en las subescalas del SCL-90-R.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Puntuación T	42	34	53	42	40	40	40	54	46	40	43	34
Percentil (PC)	20	5	60	20	15	15	15	65	35	15	25	5

Nota: SOM: Somatizaciones; OBS: Obsesiones y Compulsiones; INT: Sensibilidad interpersonal; DEP: Depresión; ANS: Ansiedad; HOS: Hostilidad; FOB: Ansiedad fóbica; PAR: Ideación paranoide; PSI: Psicoticismo; GSI: Índice sintomático general; PST: Total de síntomas positivos; PSDI: Índice de distrés en síntomas positivos.

En la Figura 5 se presenta la comparación con las medidas pre obtenidas por la usuaria. Como medida comparativa utilizamos los percentiles ya que nos resultan la puntuación más sencilla para apreciar los cambios que han ocurrido.

Figura 5. Percentiles pre y post1 en las escalas que componen el SCL-90-R.

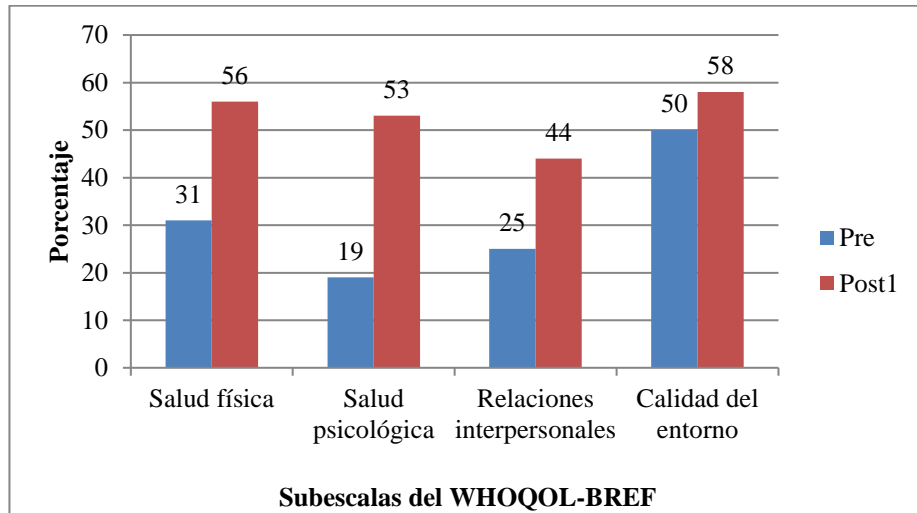


Como se observa, la mayoría de los percentiles son bajos. Cabe recordar en este caso que la usuaria está siendo comparada con la muestra de pacientes psiquiátricos por la normativa de corrección del cuestionario, por lo que en comparación con la muestra de población no clínica los resultados son más normativos (en torno a percentiles 50).

En la **Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)** (OMS, 1994) se aprecian los siguientes resultados post1. En la subescala de salud física obtuvo un porcentaje de 55% de satisfacción, en salud psicológica un 50%, en relaciones interpersonales un 45%, y en calidad

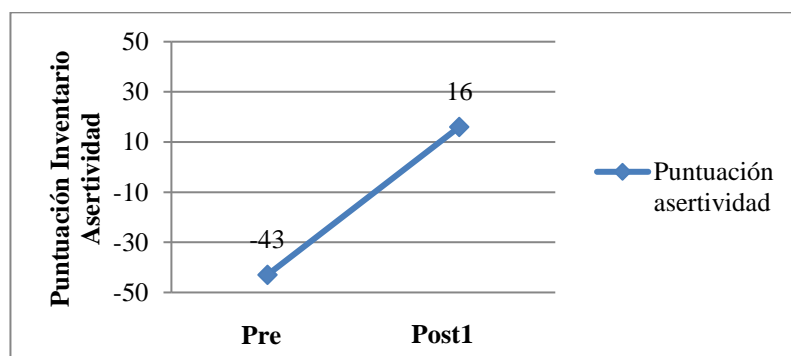
del entorno un 60%. En resumen, se observa un aumento en el bienestar percibido en las cuatro subescalas (véase Figura 6). Como se aprecia, las mayores modificaciones se han dado en la salud física, psicológica y en las relaciones interpersonales.

Figura 6. Porcentajes pre y post1 en el WHOQOL-BREF.



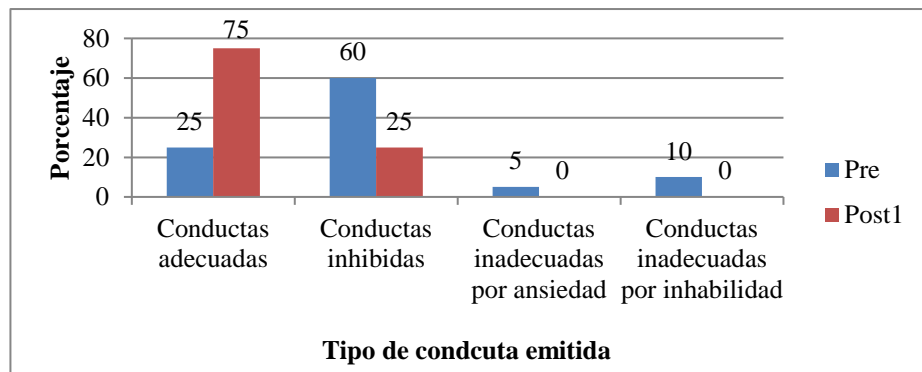
En el **Inventario de Asertividad de Rathus** (Rathus, 1973) la usuaria refleja una puntuación post1 de 16, en comparación con los -43 puntos que obtuvo en la evaluación pre, tal y como se muestra en la Figura 7. Según los puntos de corte de este instrumento, V. ha pasado de ser categorizada como “muy inasertiva” a “asertiva confrontativa”.

Figura 7. Puntuaciones directas pre y post1 en el Inventario de Asertividad.



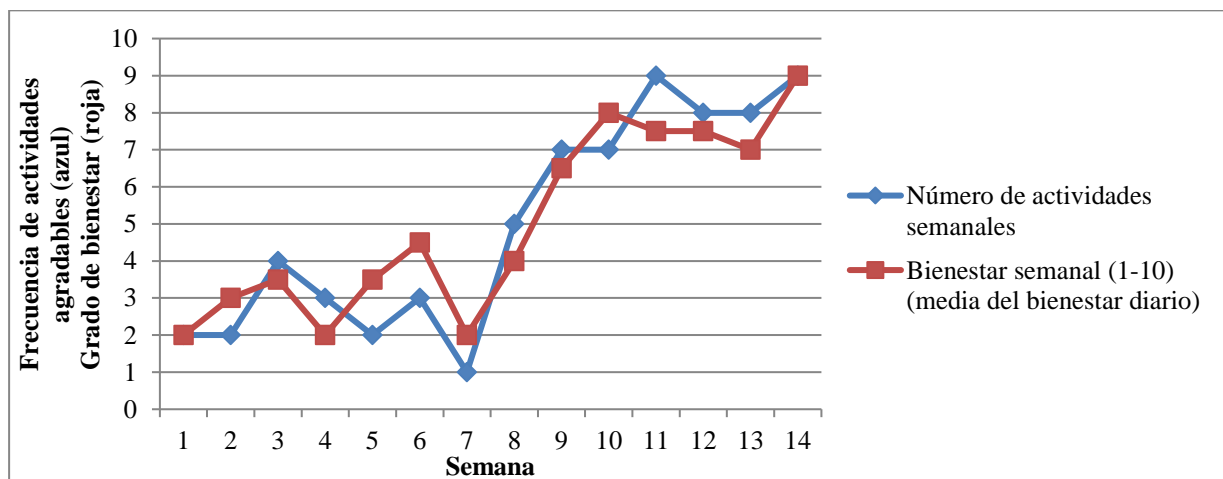
En el **Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura** (Segura, 1989) V. refleja las siguientes puntuaciones: 75% de conductas adecuadas y 25% de conductas inhibidas, no apareciendo conductas inadecuadas ni por ansiedad ni por inhabilidad (véase Figura 8).

Figura 8. *Porcentajes pre y post1 de las diferentes conductas seleccionadas en el Cuestionario de Habilidades Sociales.*



Además de la información obtenida de los instrumentos anteriores, contamos con información de los **autorregistros semanales** que iba rellenando V. Por un lado, en éstos se recogía diariamente la **frecuencia de actividades agradables**, así como el **bienestar** percibido al final de la jornada. Decidimos juntar los resultados por semanas con el fin de facilitar el análisis de los mismos. Como se observa en la Figura 9, la frecuencia de actividades agradables que difieren del trabajo es baja durante las semanas que constituyen la fase de evaluación. No obstante, al iniciar la planificación de actividades agradables ésta aumenta, así como el bienestar general percibido.

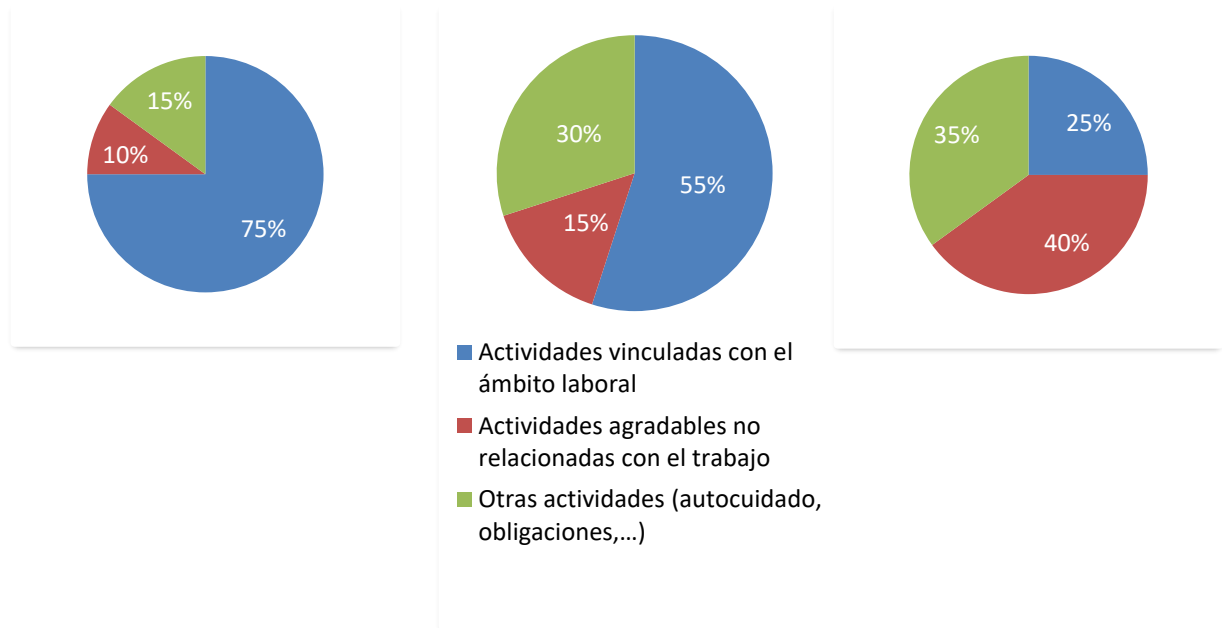
Figura 9. *Frecuencia de actividades agradables y bienestar semanal percibido.*



Además del gráfico anterior, a través de los autorregistros de **gestión temporal** realizamos un cálculo de las actividades que V. realizaba en su tiempo libre, cuyo resultado puede observarse en la Figura 10. Así, antes de iniciar el abordaje de la gestión temporal (gráfico de la izquierda de la figura 10) se observa que el 75% de su tiempo libre era dedicado a tareas laborales, el 10% a actividades de ocio y el 15% a otras actividades (obligaciones...). Cuando se comenzó a trabajar en el objetivo (gráfico del medio de la Figura 10), los

porcentajes variaron ligeramente: 55% actividades laborales, 15% actividades agradables y 30% otras actividades). Cuando el objetivo se dio por concluido (gráfico de la derecha de la Figura 10), se encontró una distribución más equitativa entre los tres tipos de actividades (25% actividades laborales, 40% actividades agradables y 35% otras actividades).

Figura 10. *Media de la distribución temporal del tiempo libre antes, durante y después de abordar la gestión del tiempo.*



4. 2. Resultados en función de los objetivos de tratamiento

Relacionando los resultados obtenidos con los objetivos terapéuticos podemos señalar lo siguiente.

- a. Reducir la activación fisiológica.

V. refiere poseer una mayor capacidad para gestionar su activación fisiológica mediante la respiración. Este hecho puede observarse a través de los autorregistros de respiración, donde a lo largo de las semanas se dan reducciones mayores de activación, que se realizan además cada vez en menos tiempo. Este resultado es congruente con los resultados obtenidos en el STAI, en el que se concluye que V. presenta menor ansiedad.

Por otro lado, dado que su activación fisiológica se expresaba a menudo a través de somatizaciones (náuseas, dolores de cabeza, etc.) nos resultan indicativos los resultados obtenidos en la calidad de salud física del WHOQOL-BREF y en la subescala de

somatizaciones del SCL-90. Como ya indicábamos, en la escala de salud física se observa un aumento de la satisfacción del 31% al 56% y en las somatizaciones la usuaria desciende del percentil 75 al 20.

b. Mejorar el estado anímico.

En relación con la mejora del estado anímico, podemos basarnos en los datos obtenidos a través del BDI-II para afirmar que ha habido una mejora en el mismo. Igualmente, a través de la relación entre frecuencia de actividades agradables y bienestar semanal, percibimos una mejora de este último a lo largo de las semanas.

c. Mejorar la gestión del tiempo y la planificación.

Con respecto a la gestión del tiempo, tal y como se aprecia en la Figura 10, hay un cambio de la cantidad de tiempo dedicada a cada una de las actividades. Así, se amplía el tiempo dedicado a actividades agradables y actividades de otra índole (como obligaciones, autocuidado...) y se reduce el invertido en actividades laborales.

Asimismo, V. refiere que se establece objetivos más asequibles que es capaz de lograr. Según refiere ella misma, *“es verdad que ahora me pongo objetivos más pequeños, pero los logro y siento menos nervios porque es como que me exige menos”*.

d. Mejorar las habilidades interpersonales.

Con respecto a la mejora de sus habilidades interpersonales, podemos destacar los resultados obtenidos en el Inventario de Asertividad de Rathus, en el que se ve una tendencia asertiva de V. En este sentido, el Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura ofrece resultados que apuntan en la misma dirección: una mayor prevalencia de conductas asertivas, por encima de las inhibidas y agresivas.

Además, cabe destacar la mayor satisfacción interpersonal percibida en el WHOQOL-BREF, lo que podría apuntar en la misma dirección.

e. Reducir la frecuencia de los pensamientos desadaptativos.

A lo largo de la terapia se ha observado a través de los autorregistros una mayor capacidad de V. de detectar pensamientos irracionales y generar pensamientos alternativos de forma eficaz. Asimismo, de manera progresiva ha aumentado la credibilidad que otorga a

dichos pensamientos, restándole importancia a los pensamientos irracionales que le surgen, algo que ha manifestado tanto en los autorregistros como durante las sesiones terapéuticas.

Además, se observa que se ha reducido la frecuencia de pensamientos desadaptativos en situaciones en las que antes aparecían. Por ejemplo, en las interacciones sociales se aprecia una reducción de pensamientos del tipo “van a pensar que soy una falsa”.

Todo ello resulta congruente con los resultados obtenidos en el BDI-II y en el STAI, indicando una mejora de su estado anímico y una reducción de sus niveles de ansiedad.

f. Aumentar la toma de conciencia de la problemática.

Con respecto a este objetivo, en las últimas sesiones V. ha ido mostrando mayor conciencia de la presencia de esta problemática. Así, ha verbalizado que “puede ser que me dedique mucho al trabajo” o que “al estar tan centrada en el trabajo, me estoy olvidando de otras cosas importantes”.

g. Reducir la frecuencia de conductas adictivas.

Como ya señalamos en el apartado anterior, este objetivo aún no ha sido abordado en profundidad. Por ello, conductas como supervisar el trabajo de sus compañeros y comprobar continuamente su ejecución siguen estando presentes en V.

Sin embargo, cabe destacar que sí se han dado mejoras en algunas conductas. Por un lado, se ha dado una reducción de la realización de trabajo extra debido principalmente a la nueva distribución temporal, en la que su tiempo libre debe de estar dedicado a actividades diferentes a la laboral. Por otro lado, al trabajar la realización de peticiones se trabajó el hecho de que fuera capaz de delegar trabajo pidiéndole a sus compañeros que se encargaran de determinados aspectos. Por este motivo, si bien no se ha abordado en profundidad este objetivo podemos afirmar que se ha ido avanzando en dirección a este objetivo.

5. Discusión

Dividiremos la discusión en los siguientes apartados: resultados y consecución de objetivos terapéuticos; generalización, continuación del caso y mantenimiento de los cambios logrados; limitaciones de la evaluación, intervención y diseño del caso; y conclusiones y reflexiones finales.

5. 1. Resultados y consecución de objetivos terapéuticos

En base a los resultados encontrados, se puede concluir que el tratamiento parece estar siendo efectivo o clínicamente útil. Así, al ir introduciendo las técnicas de intervención, la usuaria va avanzando a través del proceso terapéutico, observándose mejorías notables. En concreto, los cambios que encontramos en relación a los objetivos terapéuticos son los siguientes:

- Se reduce la activación fisiológica, tanto por la mejor gestión que realiza la usuaria de las situaciones que antes le activaban (conflictos interpersonales, exigencias del trabajo, etc.) como por la capacidad que ahora posee de manejar sus niveles de activación a través de la respiración. Sin duda, se trata de un cambio importante puesto que parece favorecer el logro de los demás. Además, dado que se llevó a cabo en las primeras sesiones, facilitó la adhesión de V. al tratamiento. Esto último resultaba algo difícil, ya que ella inicialmente consideraba que su problema era de carácter fisiológico (recuérdese que fue derivada desde el servicio médico).
- Se mejora el estado anímico, tal y como se ha constatado a través de instrumentos como el BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) y a través de la observación clínica. Consideramos que en dicha mejora anímica pudieron influir especialmente la planificación de actividades agradables y el abordaje de los valores vitales, pues han fomentado que su autoconcepto y autoestima no estén supeditados a un único área en el que, si hay problemas, todo su autoconcepto se resiente. Este avance lo consideramos esencial, pues índice sobre una de las variables disposicionales de la usuaria. Esta mejora en el estado anímico ayudó a su vez al desarrollo del proceso terapéutico, ya que la usuaria se encontraba más dispuesta a ir aplicando las nuevas técnicas.
- Se mejora la gestión del tiempo y la forma de planificación, ya que ahora en su tiempo libre dedica más tiempo que antes a actividades gratificantes, reduciendo a su vez el empleado en el trabajo. Como comentábamos previamente, consideramos que esto es importante, entre otros aspectos, porque facilita que se reduzca el peso del trabajo como elemento constitutivo de su autoconcepto y autoestima. Además, el hecho de que sea capaz de establecerse objetivos más realistas, los cuales puede abordar, y que, reduce su nivel de ansiedad y aumenta su bienestar.

- Se mejoran las habilidades interpersonales, ya que V. está aprendiendo a hacer peticiones, rechazarlas y solicitar cambios de conducta de forma asertiva. De esta forma, se reducen las principales fuentes de conflictos interpersonales. Consideramos que este cambio destaca no solo por los beneficios personales para V. sino también por los efectos que parece tener a nivel organizacional, ya que las interacciones y dinámicas de relación entre V. y los demás empleados varían.
- Se reduce la frecuencia de pensamientos desadaptativos, pues cada vez aparecen menos pensamientos de esta índole, y cuando lo hacen la usuaria es en general capaz de reestructurarlos de forma eficaz. Este cambio ha sido esencial en su progreso terapéutico por varios motivos. Por un lado, porque las distorsiones cognitivas se encontraban en la base de muchas de las situaciones que le generaban malestar. De esta forma, al ir las eliminando, se ha reducido dicho malestar. Por otro lado, si bien no era un objetivo terapéutico como tal, el trabajo con los pensamientos ha sido generalizado y ha permitido que V. lo aplique en otras áreas de su vida. Incluso, se han visto mejoras en su nivel de perfeccionismo y autoexigencia, ya que se muestra más flexible y tolerante con los resultados que obtiene en el trabajo.
- Se mejora la toma de conciencia de la problemática. En este sentido, el abordaje de los valores vitales parece haber facilitado que V. tome conciencia del desajuste existente en sus prioridades vitales, que ocurrió de forma sorprendentemente rápida al hacer este abordaje. Esta toma de conciencia asienta una base que puede favorecer el cambio a medio y largo plazo de cara a continuar trabajando los diferentes objetivos terapéuticos.
- Por último, con respecto a la reducción de la frecuencia de conductas adictivas, ya hemos señalado que éste es el objetivo en el que menos se ha trabajado. Esto se debe a que considerábamos necesario que tuviera conciencia de la existencia de su relación problemática con el trabajo antes de iniciar este objetivo, ya que nos permitiría dar más énfasis a la argumentación de las técnicas.

Asimismo, algunos de los cambios logrados se han visto reflejados en los instrumentos de evaluación empleados al comparar el momento pre y el post1.

Tanto en el BDI- II (Beck et al., 1996) como en el STAI (Spielberger et al., 1970) se hallan mejoras notables en las puntuaciones obtenidas, resultado de haber trabajado directamente ambas problemáticas a través de procedimientos como la planificación de

actividades agradables y la respiración, respectivamente. No obstante, consideramos que dichas mejoras también pueden estar estrechamente relacionadas con el abordaje de otros objetivos terapéuticos, que han ayudado a reducir fuentes de malestar y ansiedad como los conflictos interpersonales, el establecimiento de metas inalcanzables o los pensamientos desadaptativos.

Asimismo, en el SCL-90-R (Derogatis, 1977) encontramos mejoras no sólo en las subescalas abordadas de forma más directa (p.ej. somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión...), sino también en otras que no se encontraban entre nuestros objetivos terapéuticos (p.ej. ideación paranoide). Pensamos que estas variaciones podrían ser un efecto del entrenamiento en reestructuración cognitiva, que ha ayudado a que la usuaria tenga pensamientos más adaptativos y ajustados a la realidad. Por ejemplo, en lugar de presentar con una frecuencia “mucho o extremadamente” “la idea de que uno no se puede fiar de la gente” (ítem 8 del SCL-90-R) es probable que la modificación de pensamientos dicotómicos le haya llevado a pensar que algunas personas no son de fiar mientras que otras no lo son, por lo que se reduce la frecuencia de este pensamiento y por tanto la puntuación en la escala de ideación paranoide.

Con respecto a la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (OMS, 1994) se aprecia una mejora significativa en tres de las cuatro subescalas (salud física, psicológica y relaciones interpersonales). Este fenómeno es explicable porque la terapia se ha focalizado principalmente en estas tres áreas, ya que son en las que se encontraba un menor nivel de bienestar.

Por último, a partir de los resultados del Cuestionario de Habilidades Sociales de Segura (1989) y del Inventario de Asertividad de Rathus (Carrobbles, 1979) se concluye que las habilidades sociales de la usuaria han mejorado puesto que han aumentado las respuestas sociales adecuadas a la vez que la emisión de respuestas inhibidas, ansiosas o que denotan inhabilidad se han reducido. Al igual que en otras áreas, esta mejora no ha ocurrido únicamente por el entrenamiento en habilidades asertivas, sino por la reestructuración cognitiva de los pensamientos que antecedian a las situaciones sociales y que fomentaban la aparición de conductas inhibidas (p.ej. “van a pensar que soy una falsa”) y de conductas agresivas (p.ej. “deberían hacerlo mejor”, “me están molestando y así no voy a avanzar”).

Si bien los instrumentos de evaluación anteriormente citados nos resultaron útiles para hacer frente al caso, el **análisis funcional** (AF) resultó ser la herramienta fundamental para guiar la elección de las técnicas, así como el orden de aplicación de las mismas. En este

sentido, nos ayudó a decidir la priorización de la reducción del bajo estado anímico y de los altos niveles de ansiedad por delante de otros objetivos, ya que se consideraban relevantes en la mayoría de las problemáticas que presentaba. Por poner un ejemplo, su bajo estado anímico le llevaba a tener una línea base de actividades agradables menor que en una adicción al trabajo habitual. Por otro lado, sus elevados niveles de ansiedad hacían que estuviera sensibilizada hacia muchas de las actitudes de sus compañeros de trabajo, lo que disparaba conductas agresivas por su parte con mayor frecuencia de la esperada.

Por otro lado, el AF fue determinante para considerar la intervención sobre los componentes cognitivos, pues gracias a él se observó que éstos funcionaban como estímulos discriminativos de muchas de sus conductas desadaptativas. Por este motivo, la intervención cognitiva redujo la probabilidad de ocurrencia de dichas conductas. Igualmente, a través de los autorregistros y el posterior análisis funcional pudimos observar que el auto-establecimiento de objetivos y metas desajustadas a las posibilidades reales de la usuaria suponía una importante fuente de estrés. Por ejemplo, le llevaba a realizar cantidad de trabajo “extra” y a verbalizarse autoexigencias que le generaban elevados niveles de ansiedad. Constatar esto nos permitió establecer como objetivo terapéutico la gestión del tiempo y el aprendizaje de planificación realista.

Finalmente, el AF también resultó determinante para considerar qué habilidades sociales era necesario implantar. A través del mismo pudimos observar que las situaciones en las que habitualmente surgían problemáticas eran relativas a hacer peticiones, rechazarlas y solicitar cambios de conductas, ya que solían realizarse de forma inhibida o agresiva.

Asimismo, es importante destacar un aspecto clave para la consecución de los objetivos: la **actitud de la usuaria**. En este sentido, su alto nivel de perfeccionismo inicialmente resultó de gran ayuda para el tratamiento. Mostraba mucho interés por conocer las técnicas que se estaban presentando y leía al respecto en su tiempo libre. Por otro lado, realizaba las tareas como se le pedían e incluso empezó a hacer más labores de las solicitadas. Gracias a todo ello, los avances fueron rápidos. No obstante, se empezó a ver que su perfeccionismo en ocasiones enlentecía el proceso terapéutico ya que necesitaba entender todo a la perfección para empezar a llevarlo a cabo. Así, buscando por un lado agilizar la terapia y por otro no reforzar su perfeccionismo y aprovechar la terapia como contexto para el cambio en este sentido, se comenzaron a extinguir y a castigar las conductas de perfeccionismo. Ante las consecuencias que seguían a sus conductas de perfeccionismo, la usuaria redujo la frecuencia de las mismas

progresivamente. Sin duda, se trataba de un “arma de doble” filo que, a nuestro criterio, utilizamos hábilmente al comienzo para posteriormente ir extinguiendo.

A partir de la valoración crítica del caso, tanto por parte de la terapeuta como de los profesionales presentes en las sesiones clínicas donde se supervisa el caso, se considera que la usuaria está mostrando una evolución favorable y está logrando el cumplimiento de los objetivos del tratamiento. Además, ella misma muestra satisfacción con los resultados de la intervención, la atención recibida y considera que está dándose una mejoría notable. Es por ello que consideramos que se han producido cambios clínicamente significativos.

Los resultados de esta intervención están en línea con las conclusiones de diversos autores sobre las técnicas recomendables para modificar los diferentes componentes de la adicción al trabajo. En primer lugar, varios autores señalan una serie de técnicas para la adicción al trabajo, como la gestión eficaz del tiempo y la planificación realista, la realización de actividades de ocio ajenas al ámbito laboral, el establecimiento de rutinas de autocuidado y el abordaje de valores vitales (Fernández-Montalvo, 1998; Salanova et al., 2007; Hahn et al., 2011; del Líbano y Llorens, 2012, Sanz-Vergel et al., 2013). En línea con lo que sugieren dichos autores, hemos encontrado resultados muy positivos derivados de la utilización de las mismas, tal y como ya se ha señalado en apartados anteriores. Creemos que dichos resultados se explican porque estas técnicas parecen enfocarse en la problemática general: exceso de tiempo dedicado al trabajo, búsqueda de identidad en el mismo, insatisfacción y minusvaloración de otras áreas, etc. En segundo lugar, se han incluido técnicas más habituales (o, si se prefiere, menos específicas del campo de la adicción) para tratar algunas de las dificultades presentes no exclusivas de la patología adictiva, como la elevada ansiedad, el bajo estado anímico o las dificultades interpersonales. De esta forma, los resultados obtenidos también son congruentes con las indicaciones terapéuticas habituales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2004, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

A partir de los resultados obtenidos y de su coherencia con los de estudios anteriores, pensamos que la terapia psicológica puede resultar de gran utilidad para que la persona con adicción al trabajo sea capaz de poner marcha una serie de procedimientos que mejoren la problemática que presenta.

5. 2. Generalización, continuación del caso y mantenimiento de los cambios logrados

En relación a la generalización y mantenimiento de las conductas aprendidas, así como a la continuación del caso, cabe señalar lo siguiente.

Con respecto a la **generalización** de los aprendizajes, consideramos que un aspecto fundamental para lograrla está siendo la práctica de las técnicas en su entorno habitual. La usuaria va efectuando las nuevas conductas en su contexto natural, con una dificultad progresiva y creciente, lo que nos permite ir obteniendo información sobre los problemas que va encontrándose. Además, favorece que ésta reflexione sobre su propia acción para reajustar su conducta (Schön, 1992). No obstante, además de esto, la usuaria nos ha referido que ha sido capaz de poner en práctica dichas habilidades en situaciones que no constituían el motivo de consulta inicial. Entre otros ejemplos, ha utilizado la respiración y la reestructuración cognitiva a la hora de hacer un viaje en avión (algo que le genera altos niveles de ansiedad) y ha utilizado la asertividad en contextos habituales (por ejemplo, ante una persona le estaba molestando en el transporte público y en una reunión con vecinos).

En relación a la **continuación del caso**, por un lado, será necesario seguir con el abordaje de valores. Concretamente, lo que queda pendiente es que V. vaya aplicando las acciones que se ha propuesto, y que evalúe progresivamente el grado del cumplimiento de las metas que se ha establecido (hacer más caso a su pareja, pasar más tiempo con su familia, tener más tiempo para ella, etc.). Es de esperar que, al ir llevando a cabo esas acciones, aparezcan dificultades por parte de la usuaria, principalmente porque para realizarlas será necesario reducir drásticamente el tiempo dedicado al trabajo. Para solventar estas dificultades, se intentará que el cambio sea progresivo (es decir, que no empiece a hacer todas las acciones de una semana para otra). Asimismo, se tratará de ahondar en los beneficios que puede traerle enfocarse en esos nuevos ámbitos, de cara a que se sienta motivada para realizar el cambio.

Además del abordaje de valores, será necesario que continuemos con la psicoeducación de la adicción al trabajo. Si bien ya se ha ahondado en las consecuencias negativas que ésta puede traer, nos gustaría centrarnos en cómo se origina el problema y, especialmente, en cómo se mantiene. Así, pensamos que ella puede ir encontrando similitudes que le ayuden a tomar mayor conciencia de la problemática.

Asimismo, será de especial utilidad continuar con la reestructuración cognitiva, precisamente por los buenos resultados que está dando. Dado que ya han aparecido importantes

avances en pensamientos más superficiales, nos centraremos en la reestructuración cognitiva de creencias nucleares relacionadas con el perfeccionismo y el éxito, dada la relación que guardan con la adicción al trabajo. Como comentábamos más arriba, ella misma ya ha comenzado a modificar distorsiones cognitivas que están en la base del perfeccionismo y el éxito, por lo que nuestro papel consistirá en ir reforzando las modificaciones adaptativas que vaya verbalizando y en ir destacando nuevas creencias desadaptativas que vayan surgiendo.

Por último, en las próximas sesiones comenzaremos con la exposición a situaciones que le generan malestar. Le pediremos que se enfrente a dichas situaciones, explicándole que se habituará al malestar a través de la exposición continuada en el tiempo. Será importante recalcar la relevancia de que no realice las conductas adictivas que proporcionan alivio, para que no las lleve a cabo y resulten en consecuencia reforzadas. Para evitar resistencias por su parte, comenzaremos con situaciones que le resulten menos aversivas e iremos aumentando progresivamente el nivel de complejidad. Es probable que se niegue a llevar esta técnica a cabo, por la incomodidad que supone. Por ello, dedicaremos el tiempo necesario a que entienda la fundamentación teórica del procedimiento, ya que para ella es algo esencial el entender por qué se hacen las cosas y para esta técnica concreta creemos que es necesario que sea así.

En cuanto al **mantenimiento** de los objetivos terapéuticos ya logrados cabe destacar que antes de la finalización de la intervención un objetivo primordial para nosotros será realizar un entrenamiento de prevención de recaídas, con el fin de comprobar cómo la persona se enfrentaría a situaciones complejas con las nuevas herramientas que posee. Esto nos servirá para centrarnos en los aspectos que estén resultando más complejos para la persona y prevenir que den lugar a problemas en un futuro. Por otro lado, resultará esencial el empleo de sesiones de seguimiento que nos permitan verificar que la persona está llevando a cabo los aprendizajes terapéuticos aprendidos.

5. 3. Limitaciones de la evaluación, intervención y diseño del caso

Este trabajo cuenta con una serie de limitaciones y aspectos a mejorar. Por un lado, hubiera sido interesante contar con **mayor cantidad de pruebas objetivas en la evaluación** que nos ofrecieran mayor aval para argumentar la eficacia del tratamiento. En esta línea, pensamos que hubiera sido adecuado que la usuaria hubiera cumplimentado alguna **prueba objetiva relativa a la adicción**, ya que es la problemática general sobre la que ha versado este trabajo. El tener una puntuación pre de la adicción nos hubiera facilitado evaluar al final cómo ha variado ésta con la intervención. Esta limitación fue considerada inicialmente y se decidió

mantenerla porque según sugieren algunos autores (del Líbano y Llorens, 2012) no es recomendable usar un test para medir una problemática concreta de forma aislada (para confirmar una hipótesis) debido a que puede generar rechazo en la persona y dificultar la intervención. La solución que proponen es que la persona cumplimente una batería general de test que evalúen diversas problemáticas laborales. No obstante, consideramos esto impropio por la cantidad de carga que le supondría rellenar estos test junto con otros necesarios para la intervención y los obligatorios por protocolo del CPA. Así, nos centramos en realizar una evaluación pormenorizada de los diferentes componentes de la patología y que constituirían su problema de adicción. En este sentido, el análisis funcional nos resultó una herramienta tremendamente útil como ya hemos señalado. Además, para solventar esta dificultad utilizamos la información presente en el cuestionario de adicción al trabajo DUWAS (Schaufeli et al., 2006) para hacer las entrevistas iniciales, por lo que pudimos obtener información al respecto. Igualmente, en la evaluación que tenga lugar al terminar el tratamiento (“post2”) se le administrará un cuestionario de adicción para asegurarnos de que dicha problemática se encuentra en niveles bajos.

Con respecto a los instrumentos empleados, cabe señalar que el **Cuestionario de Habilidades Sociales** (Segura, 1989) no está validado empíricamente, por lo que se utilizó fundamentalmente para obtener información descriptiva de las dificultades concretas que presentaba V. y no tanto para realizar una evaluación y mucho menos un diagnóstico. Debido a la falta de propiedades psicométricas de este instrumento, se decidió combinarlo con un cuestionario que gozara de validez empírica (Inventario de Asertividad de Rathus) y con la evaluación clínica a través de la observación directa y los autorregistros.

En la intervención también contamos con una serie de limitaciones. Por un lado, la **escasez de protocolos de actuación específicos para la adicción al trabajo** nos ha llevado a utilizar técnicas habituales focalizadas en las problemáticas concretas que constituían la adicción de la usuaria. Es por ello que presentamos poca intervención específica sobre el tema, ya que no existen apenas protocolos validados empíricamente al respecto. Como aspecto positivo cabe destacar que esto nos ha permitido ajustarnos a las problemáticas concretas de la usuaria, elaborando una intervención individualizada para ella. Por otro lado, el hecho de que **el tratamiento se presente en el trabajo sin finalizar** y que no haya podido haber un seguimiento al finalizar el mismo, lo consideramos una limitación importante, pues nos dificulta valorar el grado de logro de los objetivos propuestos, así como su mantenimiento en el tiempo.

Por último, en relación con el **diseño A-B-B'** que se ha empleado, podemos indicar que este trabajo presenta problemas de **validez interna**. En primer lugar, porque no se puede discernir qué técnicas han tenido mayor impacto en el logro de los objetivos propuestos. En segundo, porque no se puede concluir que las mejoras encontradas en la usuaria se deban únicamente a la aplicación del tratamiento, ya que podrían estar influyendo otras variables desconocidas y, por ende, no controladas. Por otro lado, el diseño también cuenta con problemas de **validez externa** puesto que resulta difícil obtener conclusiones acerca de la generalización de los resultados a otras personas.

Asimismo, aunque el tratamiento pueda considerarse clínicamente útil, **no se puede determinar si es eficaz**, ya que este término se refiere a la capacidad que tiene la intervención para generar cambios psicológicos que sean superiores a la no intervención o a los resultados de otros tratamientos estándar (Ferro y Vives, 2004; Moriana y Martínez, 2011).

También es **difícil valorar la eficiencia** del tratamiento. Ésta hace alusión a la relación coste/beneficio de la intervención y para poder determinarla se tendrían que haber llevado a cabo comparaciones del coste en relación con los beneficios de la intervención realizada con respecto a otras condiciones, como la no intervención o el tratamiento habitualmente empleado (Ferro y Vives, 2004).

No obstante, si bien los estudios de caso presentan diversas deficiencias metodológicas, es importante subrayar que permiten describir el proceso terapéutico con detalle y contribuyen al desarrollo y difusión de diversas técnicas y formas de intervención (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2008), por lo que resultan de interés para el desarrollo de la disciplina psicológica.

5. 4. Conclusiones y reflexiones finales

Si bien, como ya hemos indicado, la principal herramienta que nos ha servido para evaluar y orientar los objetivos e intervención ha sido el AF, es necesario señalar que el concepto de adicción al trabajo nos ha ayudado a integrar las diferentes problemáticas que presentaba la usuaria, que inicialmente parecían inconexas. Acudir a este concepto nos ha servido para entender el fenómeno globalmente, en toda su complejidad, y los factores que fomentan su aparición, así como las consecuencias que puede conllevar y que era conveniente prevenir. Por este motivo consideramos esencial que los profesionales de la Psicología tengamos formación específica sobre patologías laborales, en este caso. De no haberla tenido,

hubiera sido difícil conceptualizar todas estas problemáticas y entenderlas en su conjunto, lo que podría haber repercutido en la calidad de la intervención prestada.

En línea con lo anterior, consideramos que la existencia de protocolos de intervención, que sirvan como guía para orientar el tratamiento (sin olvidarnos de personalizar el tratamiento a nuestro/a usuario/a), resultaría de gran utilidad. De esta forma, se facilitaría y perfeccionaría la intervención terapéutica de aquellos clínicos que, si bien no se encuentran especializados en esta temática, puedan encontrarse problemáticas de esta índole en su práctica habitual, tal y como nos ha ocurrido a nosotros.

Por otro lado, si bien nuestra intervención solo ha podido focalizarse en el abordaje individual, no nos podemos olvidar de la relevancia de combinar este trabajo con la intervención a nivel organizacional. Como ya indicábamos en la introducción, hay una serie de características organizacionales que propician el desarrollo de la adicción al trabajo en sus empleados. Así, la cultura organizacional y las características de los puestos de trabajo pueden resultar un riesgo para el desarrollo de la patología. Por ende, resulta necesario que se atienda a las variables organizacionales con el fin de facilitar la recuperación de las personas que presentan la adicción y, especialmente, para prevenir el surgimiento de la misma en diferentes personas.

En resumen, consideramos que este estudio podría aportar evidencia a la documentación disponible sobre la intervención psicológica en la adicción al trabajo, ya que como hemos indicado la bibliografía al respecto es relativamente escasa. Debido precisamente a que nuestra propia cultura fomenta valores que, llevados al extremo, pueden favorecer el desarrollo de esta patología, y debido también a las graves consecuencias que puede acarrear tanto para la persona que la sufre como para la sociedad, consideramos necesario que se continúe con la investigación para aumentar el cuerpo de conocimientos y herramientas útiles para su abordaje.

6. Referencias bibliográficas

- Andreassen, C. S. (2014). Workaholism: an overview and current status of the research. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(1), 1-11. doi: 10.1556/JBA.2.2012.017
- Bakker, A. B. y Oerlemans, W. G. M. (2011). Subjective well-being in organizations. En K. Cameron y G. Spreitzer (eds.), *Handbook of positive organizational scholarship* (pp. 178-189). Oxford: Oxford University Press. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Wido_Oerlemans/publication/265760317_Subjective_well-being_in_organizations/links/541ac8840cf203f155ae5342.pdf
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive and the Emocional Disorders*. Nueva York. International University Press.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bonebright, C. A., Clay, D. L. y Ankermann, R. D. (2000). The relationship of workaholism with work-life conflict, life satisfaction, and purpose in life. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 469-477. doi: 10.1037/0022-0167.47.4.469
- Burke, R. J. (2000). Workaholism in organizations: concepts, results and future directions. *International Journal of Management Reviews*, 2(1), 1-16. doi: 10.1111/1468-2370.00028
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Burke, R. J. (2004). Workaholics, self-esteem and motives for money. *Psychological Reports*, 94, 457-463.
- Carrobbles, J. A. (1979). Escala de asertividad de Rathus. En P. Bartolome, J. A. Carrobbles, M. Costa y T. Del Ser (eds.), *La práctica de la terapia de conducta* (pp. 189-210). Madrid: Promolibro.
- Castañeda, E. (2010). Adicción al trabajo (workaholism). *Patología psicosocial del siglo XXI. Salud de los trabajadores*, 18(1), 57-66. Recuperado de: <https://scholar.google.es/scholar?q=Castañeda%2C+E.+%282010%29.+Adicción+al+trabajo>
- Castañeda, E. y García de Alba, J. E. (2011). Perspectivas actuales de la adicción al trabajo. *Psicología y Salud*, 21(1), 131-139. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/workaholism-Enrique-Casta%F1eda.pdf>
- Centro de Psicología Aplicada (2012). *Historia biográfica*. Recuperado de: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia_biografica_adultos.pdf.

- Colapietro, K. y Salomone, P. R. (1994). Understanding workaholism: a review of causes and counseling approaches. *Journal of Counselling and Development*, 73(1), 4-9. doi: 10.1002/j.1556-6676.1994.tb01702.x
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Del Líbano, M. y Llorens, S. (2012). *Guía de Intervención: Adicción al Trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Derogatis L. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Ortiz, C., (2008). Técnicas de exposición. En F. J. Labrador (ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-286). Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York. Stuart.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(2), 103-120. Recuperado de: http://www.aepcp.net/arc/1998_V3_N2_pp.103-120.pdf
- Ferro, R. y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, 5, 97-98. Recuperado de: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tradyterm_FerroG-VivesM.pdf
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 850-870.
- Garrido, M. (2014). Adicción al trabajo: características, detección y prevención desde una perspectiva integral. *Enfermería Global*, 33, 362-369. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision2.pdf>
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- González de Rivera, J., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hahn, V. C., Binnewies, C., Sonnentag, S. y Mojza, E. J. (2011). Learning how to recover from job stress: Effects of a recovery training program on recovery, recovery related self-efficacy, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 202-216. doi: 10.1037/a0022169
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Houtman, I. L. y Kompier, L. A. (2001). Trabajo y salud mental. En OIT (Ed.), *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pp. 5.2-5.5). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de:

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/Trabajo%20y%20salud%20mental.pdf

- Instituto Nacional de Estadística (2016). Empleo del tiempo, conciliación, trabajo y familia. Recuperado de:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472720&p=1254
- Kelly, J. (2004). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Killinger, B. (1993). *La adicción al trabajo, una dependencia respetable. Guía para la familia*. Madrid: Paidós.
- Klaft, R. P. y Kleiner, B. H. (1988). Understanding workaholics. *Business*, 38, 37-40.
- Labrador, F.J., de la Puente, M.L. y Crespo, M (1995). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F.J. Labrador J. A. Cruzado y M. Muñoz (eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- León, O. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, núm. 102 de 29 de abril de 1986.
- Lepine, J. A., Podsakoff, N. P. y Lepine, M. A. (2005). A meta-analytic test of challenge stressor-hindrance stressor framework: an explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal*, 48, 764-775. doi:10.5465/AMJ.2005.18803921
- Liang, Y. y Chu, C. (2009). Personality traits and personal and organizational inducements: antecedents of workaholism. *Social behaviour and personality*, 37, 645-660. doi: 10.2224/sbp.2009.37.5.645
- Lucas, R. (1998). *Escala de Calidad de Vida. Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ediciones Ergon.
- Machlowitz (1980). *Workaholics: living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/3000281>
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F.X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-483). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Méndez, F. X., Olivares, J. y Quiles, M. J. (1998). Técnicas de relajación y respiración. En J. Olivares y F.X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 27-78). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Méndez, F. X., Olivares, J. y Ros, M. C. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Olivares y F.X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 337-369). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2004). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de depresión en el adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En L. Florez, M. Mercedes y B. Moreno. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59-76). Recuperado de:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2005). La adicción al trabajo. *Psicología conductual*, 13(3), 417-428. Recuperado de:
<https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/2005LA-ADICCION-AL-TRABAJO.pdf>
- Moriana, J. A. y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100. Recuperado de:
http://www.aepcp.net/arc/01_2011_n2_moriana_martinez.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guidance-243833293>
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L. y Feldman, D.C. (2007). Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: a conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 16-20.
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: the facts about work addiction*. Nueva York: World.
- OMS (1994). *The World Health Organization Quality of Life. WHOQOL-BREF*.

- Peirpel, M. y Jones, B. (2001). Workaholics and overworkers: productivity or pathology? *Group and Organization Management*, 26, 369-393. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.848.3904&rep=rep1&type=pdf>
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism. Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70-84. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.70
- Porter, G. (2001). Workaholic tendencies and the high potencial for stress among co-workers. *Internacional Journal of Stress Management*, 8, 147-164. doi: 10.1023/A:1009581330960
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Robinson, B. E. (1996). The psychological and familiar dimensions of work addiction: preliminary perspectives and hypotheses. *Journal of Counseling and Development*, 74, 447-452. doi: 10.1002/j.1556-6676.1996.tb01891.x
- Robinson, B. E. (1997). Work addiction: implications for EAP counselling and research. *Employee Assistance Quarterly*, 12, 1-13. doi: 10.1300/J022v12n04_01
- Robinson, B. E. (1998). Spouses of workaholics: clinical implications for psychotherapy. *Psychotherapy*, 7, 13-39. doi: 10.1037/h0087810
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Madrid: ACDE Psicología.
- Rodríguez-Muñoz, A. y Bakker, A. B. (2013). El engagement en el trabajo. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (eds.), *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. (pp. 437-452). Madrid: Pirámide.
- Salanova, M., del Líbano, M. y Llorens, S. (2013). La adicción al trabajo. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (eds.), *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 241-257). Madrid: Pirámide.
- Salanova, M., del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W. B. y Fidalgo, M. (2008). *La adicción al trabajo*. Nota Técnica de Prevención, 759, 22ª serie. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II*. Adaptación Española por Pearson Educación.
- Sanz-Vergel, A. I., Demerouti, E. y Gálvez, M. (2013). La conciliación de la vida laboral y familiar. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (eds.), *Salud Laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral* (pp. 419-434). Madrid: Pirámide.

- Schaufeli, W. B. y Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work enagement: bringing clarity to the concept. En A. B. Bakker y M. P. Leiter (eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research* (pp.10-24). Nueva York: Psychology Press. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IZJ5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA10&dq>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van Der Heijden, F. y Prins, J. T. (2009). Workaholism among musical residents: it is the combination of working excesively and working compulsively. *International Journal of Stress Management*, 16, 249-272. doi: 10.1037/a0017537
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. y Bakker, A. B. (2006). Dr. Jekyll of Mr. Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. En R. Burke (ed.), *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217). Cheltenham, RU, y Northampton, MA: Edward Elgar. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nqWvpJ3WKSQC&oi=fnd&pg=PA193&dq=Schaufeli,+W.+B.,+Taris,+T.+W.+y+Bakker,+A.+B.+\(2006\).+Dr.+Jekyll+of+Mr.+Hyd](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nqWvpJ3WKSQC&oi=fnd&pg=PA193&dq=Schaufeli,+W.+B.,+Taris,+T.+W.+y+Bakker,+A.+B.+(2006).+Dr.+Jekyll+of+Mr.+Hyd)
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. y Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being?. *Applied Psychology: an International Review*, 57 (2), 173–203. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x
- Schön, D. (1992). *La formación de los profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de los profesionales*. Barcelona: Paidós-MEC.
- Scott, K. S., Moore, K. S. y Miceli, M. P. (1997). An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287-314.
- Segura, M. (1989). *Cuestionario de habilidades sociales (CHS)*. Manuscrito no publicado. Madrid: Luria.
- Shields, M. (1999). Long working hours and health. *Health Reports*, 11, 33-55. Recuperado de: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x1999002-eng.pdf>
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.
- Spence, J. T. y Robbins, A. S. (1992). Workaholism: definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assesment*, 58, 160-178. doi: 10.1207/s15327752jpa5801_15
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.

- Valverde, L. A. y Pochet, J. F. (2003). Drogadicción: los hijos de la negación. *Ciencias Sociales*, 99, 45-55. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309904>
- Van Wijhe, C., Peeters, M. y Schaufeli, W. (2013). Irrational beliefs at work and their implications for workaholism. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 336-346. Doi: 10.007/s10926-012-9416-7.
- Virué-Ortega, J. y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777. Recuperado de: <http://www.aepc.es/ijchp/virues-en.pdf>